Beatrice A. Ashem
Ernest G. Poser

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA INFANCIA

Volumen II

TRASTORNOS EMOCIONALES



Breviarios de
Conducta humana, n.º 7

colección dirigida por
RAMON BAYES
JUAN MASANA
JOSE TORO

Traducido al castellano por
Neri Daurella,
del original inglés
Adaptive Learning: Behavior Modification with Children,
publicado por
Pergamon Press Inc.
Nueva York. U.S.A.

Cubierta: *Colaboración editorial*

Primera edición: abril 1978

Printed in Spain — Impreso en España
por Gráficas Marina, S. A. - Paseo de Carlos I, 142
Barcelona.

Depósito legal: B. 11.614 - 1978
ISBN 84-244-0426-2 Obra completa
ISBN 84-244-0441-6 Volumen II



CONTROL DE LAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN

Los trabajos de este capítulo presentan una variedad de tratamientos para niños perturbados emocionalmente. Presentamos la desensibilización sistemática de las respuestas de miedo y la sensibilización encubierta de las conductas socialmente inaceptables; el condicionamiento operante sigue siendo eficaz para modificar las conductas inadaptadas.

Desgraciadamente, la mayoría de los estudios, con la excepción del de Meichenbaum y cols., son descripciones de estudios de casos individuales. Los hemos incluido aquí básicamente para indicar los diferentes trastornos de conducta que pueden ser tratados, para dar una descripción de la metodología y para bosquejar los problemas específicos que siguen sin solución al practicar terapéutica de la conducta con niños.

La desensibilización sistemática con niños es bastante nueva. Esta selección de estudios revela que la edad cronológica puede ser un factor determinante de la capacidad de representación mental del sujeto. Tasto y Montenegro descubrieron que los niños muy pequeños (de seis años y menos) no podían representarse situaciones mentalmente. Sin embargo, no pueden hacerse generalizaciones, porque sólo hay datos de tres pacientes. Sabemos que, en los adultos, hay diferencias individuales en la capacidad para representarse imágenes mentalmente; lo mismo puede decirse de los niños, independientemente de su edad.

Incluimos el estudio de Kolvin sobre la sensibilización encubierta de conductas socialmente inaceptables como una descripción de un método que puede ser útil para los niños. En este campo también se requiere una investiga-

ción con pacientes jóvenes para determinar si el tratamiento tiene validez.

Como era de esperar, el condicionamiento operante puede ser eficaz para modificar las conductas de niños perturbados emocionalmente. Incluimos unos trabajos donde aparecen varias situaciones en las que se ha aplicado este tratamiento.

La cuestión que se plantea al terapeuta es cómo escoger el mejor método para mitigar unos síntomas específicos. En términos generales, si se descubre que lo que mantiene la respuesta es un miedo particular de tipo fóbico, el tratamiento a escoger es la desensibilización. Un resultado interesante de la desensibilización sistemática, del que dan cuenta estos trabajos, es que también han remitido otros síntomas (no tratados). Esto no suele ocurrir con los adultos.

EL USO DE «IMÁGENES EMOTIVAS» EN EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS INFANTILES *

ARNOLD A. LAZARUS
Departamento de Psicología, Universidad de Yale, New Haven, Conn.
y ARNOLD ABRAMOVITZ

Resumen: Presentamos una técnica de Inhibición Recíproca (Wolpe, 1958) para el tratamiento de las fobias infantiles que consiste esencialmente en una adaptación del método de «desensibilización sistemática» de Wolpe (Wolpe, 1961). En vez de inducir una relajación muscular como la respuesta inhibidora de la ansiedad, presentamos a la imaginación del niño ciertas situaciones que suscitan emoción. Suponemos que las emociones inducidas, igual que la relajación, tienen efectos vegetativos que son incompatibles con la ansiedad. Esta técnica, que los autores llamaron provisionalmente de «imágenes emotivas»», se aplicó a nueve niños fóbicos de edades entre los siete y los catorce años. Siete niños se curaron en una media de 3.3 sesiones y las exploraciones de seguimiento, hasta doce meses más tarde, no revelaron ninguna recaída ni sustitución de síntomas. Una característica relevante de esta técnica pediátrica es la extraordinaria rapidez con que se produce la remisión.

Algunos de los primeros abordajes objetivos de la eliminación de ansiedades y miedos específicos en niños se

* Reproducido del *Journal of Mental Science*, 1962, 108, 191-195.

basaban en el hecho de que las respuestas neuróticas (aprendidas, no adaptadas) pueden eliminarse mediante la provocación repetida y simultánea de ciertas respuestas incompatibles más intensas. Uno de los ejemplos primeros y más conocidos de este enfoque fue el experimento de Jones (1924), en el que se eliminó gradualmente el miedo de un niño a los conejos introduciendo un «estímulo agradable», esto es, *comida* (provocando así la respuesta de comer, inhibidora de la ansiedad), en presencia del conejo. Jersild y Holmes (1935) afirmaron que el método general de la «habituación gradual» era superior a todos los demás para eliminar los miedos infantiles. Esto cristalizó en la formulación que hizo Wolpe (1958) del Principio de la Inhibición Recíproca, que merece un estudio lo más atento posible:

> Si podemos hacer que se produzca una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de los estímulos provocadores de ansiedad de manera que vaya acompañada de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, se debilitará el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad.

Un factor crucial para la aplicación de este principio es la elección de una respuesta inhibidora de la ansiedad que sea practicable clínicamente. El método más usado ha sido el de la «desensibilización sistemática» (Wolpe, 1961), que puede describirse como la habituación gradual al estímulo imaginado gracias a la respuesta de la *relajación*, inhibidora de la ansiedad. Lazarus (1960) dio cuenta de varios éxitos en la aplicación pediátrica de este procedimiento, utilizando comida y relajación. Más tarde se descubrió, sin embargo, que en ciertos casos no era factible dar comida ni relajación. La comida tenía desventajas evidentes para la terapia cotidiana, mientras que el entrenamiento necesario para la relajación, en determinados niños, consume mucho tiempo y es difícil o imposible de lograr. La posibilidad de inducir imágenes *emotivas* inhibidoras de la ansiedad, sin un entrenamiento específico de relajación, se exploró entonces, y los resultados de nuestra investigación preliminar constituyen el tema de este trabajo.

Nuestro uso del término «imágenes emotivas» requiere clarificación. En el presente contexto clínico se refiere a aquellas clases de imágenes que se supone suscitan sentimientos de autoafirmación, orgullo, afecto, regocijo, y otras respuestas similares inhibidoras de la ansiedad.

Podemos describir la técnica a la que se llegó finalmente con los siguientes pasos:

a. Igual que en el método usual de desensibilización sistemática, nos cercioramos de la gama, la intensidad y las circunstancias de los miedos del paciente, y hacemos una jerarquía graduada, desde la situación más temida hasta la menos temida.
b. Mediante una conversación cordial y una exploración, el clínico determina la naturaleza de las imágenes «heroicas» del niño —generalmente procedentes de la radio, el cine, la ficción o su propia imaginación— y las realizaciones de deseos e identificaciones que las acompañan.
c. Luego pedimos al niño que cierre los ojos y se le dice que imagine una secuencia de acontecimientos que sea lo bastante próxima a su vida diaria como para ser creíble, pero donde se inserte una historia referente a su héroe favorito o *alter ego.*
d. Si esto se hace con una habilidad y empatía razonables, es posible suscitar las reacciones afectivas en el niño hasta el grado necesario. (En algunos casos podemos verificarlas por pequeños cambios en la expresión facial, la respiración, la tensión muscular, etc.)
e. Cuando el clínico juzga que estas emociones se han suscitado al máximo, introduce, como una parte natural de la narración, el ítem más bajo de la jerarquía. Inmediatamente después dice: «Si tienes miedo (o te sientes desgraciado, o incómodo), levanta un dedo». Si el niño indica ansiedad, se «retira» el estímulo fóbico de la narración y vuelven a suscitarse las emociones que inhiben la ansiedad del niño. Luego se repite el procedimiento igual que en la desensibilización sistemática ordinaria,

hasta que el niño tolere el ítem más alto de la jerarquía sin ningún problema.

El uso de este procedimiento queda ilustrado en los casos siguientes:

Caso 1

Stanley M., de catorce años de edad, experimentaba un intenso miedo a los perros, que duraba desde hacía dos años y medio o tres. Tomaba dos autobuses dando un gran rodeo para ir a la escuela antes que arriesgarse a encontrarse con algún perro si iba directamente a pie, recorriendo 300 yardas. Era un chico bastante obtuso (CI 93) y lento, muy grande para su edad, que intentaba cooperar, pero respondía penosamente, especialmente a los intentos de entrenamiento de relajación. Llevado de su deseo de complacer, afirmaba que había estado perfectamente relajado aunque le hubiera traicionado su intenso nerviosismo. Finalmente, se abandonó el entrenamiento de relajación, y se intentó determinar la naturaleza de sus aspiraciones y objetivos. A fuerza de preguntar, y después de seguir muchas pistas falsas por culpa de su inexpresividad, por fin se encontró un tema lo bastante absorbente como para constituir el objeto de sus fantasías: los coches de carreras. Tenía la vehemente ambición de poseer un «Alfa Romeo» de carreras y correr con él en Indianápolis. Las imágenes emotivas se indujeron del siguiente modo: «Cierra los ojos. Quiero que te imagines, clara y vívidamente, que tu deseo se ha convertido en realidad. Ahora el 'Alfa Romeo' es tuyo. Es tu coche. Está en la calle, delante de tu casa. Ahora lo estás mirando. Fíjate en lo hermosas que son sus líneas tan lisas. Decides ir a dar una vuelta con unos amigos. Te sientas al volante, y sientes un estremecimiento de orgullo al pensar que eres el dueño de ese magnífico automóvil. Pones el coche en marcha y escuchas el rugido maravilloso del tubo de escape. Embragas y el coche arranca como un rayo... Ahora estás en una carretera perfectamente despejada; el coche se está portando

como un caballo de carreras; el marcador de velocidad sube a noventa; tienes la maravillosa sensación de controlarlo perfectamente; miras los árboles que zumban al pasar tú y ves un perrito junto a uno de ellos —si sientes algo de ansiedad, levanta un dedo. Etc., etc.» Un ítem bastante alto dentro de la jerarquía: «Te paras ante un café en un pueblo y muchas personas se acumulan a tu alrededor para mirar con envidia este magnífico coche y a su afortunado propietario; tú estás hinchado de orgullo; y en este momento llega un boxer muy grande y te olfatea los talones —si sientes algo de ansiedad, etc., etc.»

Después de tres sesiones de usar este método, Stanley dijo que su reacción ante los perros había mejorado notablemente. Durante las dos sesiones siguientes se le hicieron algunas indicaciones prácticas, después de lo cual se terminó la terapia. Doce meses más tarde, los informes del paciente y de sus padres indicaron que ya no quedaba rastro de su antigua fobia.

Caso 2

Un niño de diez años fue sometido a tratamiento porque su excesivo miedo a la oscuridad le exponía a las burlas de su hermano de doce años e imponía fuertes restricciones a las actividades sociales de sus padres. El chico se mostraba sumamente ansioso siempre que sus padres salían por la noche, e incluso cuando se quedaban en casa se negaba a entrar en una habitación a oscuras sin ir acompañado. Insistía en compartir la habitación con su hermano y utilizaba constantemente una lamparita que tenía junto a la cama. Tenía un miedo especial a permanecer solo en el cuarto de baño y sólo lo usaba si estaba allí con él un miembro de la familia. Durante el interrogatorio, el niño afirmó que no estaba ansioso durante el día, pero que invariablemente se sentía tenso y miedoso al ponerse el sol.

Al parecer, sus miedos se habían originado hacía un año, cuando había visto una película de terror y poco después su abuela materna (que vivía con la familia) le

había advertido que se mantuviera alejado de todas las puertas y ventanas por la noche, porque merodeaban ladrones y secuestradores.

Un terapeuta anterior se había embarcado en un programa de aconsejamiento con los padres y de terapia de juego con el niño. Aunque al parecer habían mejorado algunas áreas importantes de fricción interpersonal, las respuestas fóbicas del niño no habían cambiado. El entrenamiento con «imágenes emotivas» eliminó su repertorio de miedos en tres sesiones.

La entrevista inicial (noventa minutos) se consagró a las pruebas psicométricas y a establecer una buena relación. Los tests revelaron un nivel de inteligencia superior (CI 135), con claras muestras de ansiedad e inseguridad. Respondió bien a las alabanzas y a los ánimos a lo largo de la situación de test. Se dedicaron treinta minutos aproximadamente al comentario general sobre los intereses y actividades del niño, lo cual además estaba calculado para ganar su confianza. Hacia el final de esta entrevista, había salido a la luz la pasión del niño por dos seriales de radio: «Superman» y «El Capitán Silver».

Una semana más tarde volvimos a ver al niño. Además de sus miedos habituales, había sufrido pesadillas. Además, en el informe trimestral de la escuela habían comentado un deterioro en su trabajo escolar. Entonces se introdujeron las imágenes emotivas. Se pidió al niño que imaginara que Superman y el Capitán Silver habían unido sus fuerzas y le habían nombrado su agente. Después de una breve discusión sobre la topografía de su casa, se hizo el primer intento. El terapeuta dijo: «Ahora quiero que cierres los ojos y te imagines que estás sentado en el comedor con tu madre y tu padre. Es de noche. De repente, recibes una señal en la radio que llevas escondida en el reloj y que te ha dado Superman. Vas corriendo a la sala porque tu misión debe ser secreta. En la sala sólo entra un poco de luz del pasillo. Ahora imagínate que estás solo en la sala esperando que venga a verte Superman y el Capitán Silver. Piensa en esto muy claramente. Si te da miedo la idea, levanta la mano derecha».

Cada escena se terminaba en cuanto el niño mostraba ansiedad. Cuando una imagen suscitaba ansiedad, se volvía a presentar con un tono asertivo más desafiante, o se alteraba ligeramente para que resultara objetivamente menos amenazadora.

Al final de la tercera sesión, el niño fue capaz de imaginarse solo en el cuarto de baño con todas las luces apagadas, esperando un comunicado de Superman.

Aparte de librar al niño de su fobia específica, al parecer el efecto de este tratamiento tuvo diversas implicaciones positivas en muchas facetas de su personalidad. Su trabajo escolar mejoró inconmensurablemente y muchas manifestaciones anteriores de inseguridad dejaron de aparecer. Un seguimiento al cabo de once meses reveló que había mantenido sus logros y que era, según decía su madre, «un niño completamente diferente».

Caso 3

Una niña de ocho años acudió al tratamiento debido a una persistente enuresis nocturna y a su miedo a ir a la escuela. Al parecer, su miedo a la situación escolar se había engendrado tras una serie de trastornos emocionales en clase. Para evitar ir a la escuela, la niña acudía a una variedad de trucos, entre los que se contaban las rabietas, supuestos dolores y enfermedades. En una ocasión la pescaron haciendo novillos y su padre la reprendió excesivamente. Finalmente, los padres recurrieron a la consulta profesional al descubrir que su hermana menor estaba mostrando la misma conducta.

Una vez realizadas las investigaciones psicológicas habituales, se introdujeron las imágenes emotivas con la ayuda de un personaje de Enid Blyton, Noddy, que proporcionó una jerarquía de desafíos asertivos centrados en torno a la situación escolar. La esencia de este procedimiento era crear situaciones imaginarias en las que Noddy hacía el papel de un niño que hace novillos y que responde con miedo ante el ambiente escolar. Entonces la paciente le

protegía, tranquilizándole activamente o «dando buen ejemplo».

Sólo se necesitaron cuatro sesiones para eliminar su fobia a ir a la escuela. La enuresis, que no había sido objeto específico de atención terapéutica, se hizo mucho menos frecuente y desapareció totalmente en dos meses. La niña ha continuado mejorando a pesar de que ha habido algunos otros trastornos por culpa de una profesora poco comprensiva.

COMENTARIO

La técnica de «imágenes emotivas» se ha aplicado a nueve niños fóbicos cuyas edades oscilaban entre los siete y los catorce años. Siete niños se curaron en una media de sólo 3.3 sesiones. El método fracasó con un niño que se negó a cooperar y más tarde manifestó grandes áreas de perturbación, que requerían un tratamiento terapéutico más amplio. El otro fracaso fue un niño fóbico con una historia de encefalitis. Era incapaz de concentrarse en las imágenes emotivas y no pudo captar el espíritu del «juego».

De los siste pacientes que se curaron, dos habían estado antes en tratamiento en manos de diferentes terapeutas. Otros dos habían sido tratados por el mismo terapeuta (A. A. L.), que había utilizado el apoyo, la relajación y la «manipulación ambiental». En ninguno de estos cuatro casos hubo ninguna remisión apreciable de los síntomas fóbicos hasta que se aplicaron los presentes métodos. En todos los casos en que se usó el método se produjo una mejora contemporáneamente al tratamiento.

Las investigaciones de seguimiento generalmente se hicieron a base de visitas a la casa, entrevistas y conversaciones telefónicas con el niño y con su familia. Éstas revelaron que en ningún caso hubo sustitución de síntomas obvia y que, de hecho, en algunos casos, hubo una generalización de la respuesta favorable.

Se ha sugerido que estos resultados podían deberse al entusiasmo del terapeuta por el método. (¿Implica esto que otros terapeutas no están entusiasmados con *sus* mé-

todos?) Evidentemente, el procedimiento es de tal naturaleza que no puede aplicarse fría y desapasionadamente. La relación cordial con el niño y la íntima comprensión de sus deseos e identificaciones son esenciales. Pero nosotros afirmamos que, aunque la cordialidad y la aceptación son necesarias en cualquier empresa psicoterapéutica, generalmente no son *suficientes*. Además de estos factores no específicos de inhibición de la ansiedad, esta técnica, igual que otros métodos de inhibición recíproca, proporciona un instrumento terapéutico claramente definido que tiene efectos *específicos*.

Por muy alentadoras que hayan sido estas experiencias preliminares, no decimos que sean, de momento, más que una prometedora evidencia de la eficacia del método. Hasta que se realicen estudios debidamente controlados, no puede hacerse ninguna inferencia general. Es evidente, también, que nuestra vaga denominación de «imágenes emotivas» refleja una falta básica de sistematización teórica en el campo de las emociones. En su revisión de los datos experimentales sobre las funciones vegetativas, Martin (1960) deplora la exigüidad de los estudios, la poca fiabilidad de las medidas utilizadas, y la falta de definiciones operativas de unas emociones etiquetadas cualitativamente. Las variedades de emoción que hemos incluido en el cajón de sastre de las «imágenes emotivas» y nuestra simple conjetura de que todas ellas tienen propiedades inhibidoras de la ansiedad es un ejemplo de los supuestos que uno se ve obligado a admitir *a priori* en vista de la ausencia de datos empíricos firmes y de una teoría formulada adecuadamente. Esperemos que nuestra demostración del valor clínico de estas técnicas ayude a centrar la atención en un área de estudio inexplicablemente descuidada, pero que está en el núcleo de la psicología clínica experimental.

BIBLIOGRAFÍA

Jersild, A. T. y Holmes, F. B. Methods of overcoming children's fears. *J. Psychol.*, 1935, *1*, 75-104.

Jones, M. C. Elimination of children's fear. *J. Exp. Psychol.*, 1924, *7*, 382-390.
Lazarus, A. A. The elimination of children's phobias by deconditioning. En H. J. Eysenk (Ed.), *Behaviour Therapy and the Neuroses*. Oxford: Pergamon Press, 1960.
Martin, I. Somatic reactivity. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman Medical Publishing Co. Ltd., 1960.
Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford Univ. Press and Witwatersrand Univ. Press, 1958.
Wolpe, J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *J. Nerv. and Mental Disease*, 1961, *132*, 189-203.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, RELAJACIÓN MUSCULAR E IMAGINACIÓN VISUAL EN EL CONTRACONDICIONAMIENTO DE UN NIÑO FÓBICO DE CUATRO AÑOS DE EDAD *

DONALD L. TASTO

Departamento de Psicología, Universidad del Estado de Colorado, Fort Collins, Colorado 80521

Resumen: Un niño de cuatro años afecto de una grave fobia a los ruidos fuertes y repentinos fue tratado con éxito mediante un procedimiento de modificación de conducta en el que se utilizó la relajación muscular y el condicionamiento *in vivo* en seis sesiones. La cuestión de importancia teórica era si la relajación muscular y la desensibilización sistemática mediante la imaginación de los estímulos temidos podía emplearse con éxito para tratar una fobia en un niño tan pequeño. Que sepa el autor, en la literatura sobre el tema no existe ningún trabajo sobre el uso combinado de la relajación muscular y la imaginación de estímulos productores de miedo para tratar a niños fóbicos de tan corta edad.

* Reproducido de *Behavior Research and Therapy*, 1969, 7, 409-411. Copyright 1969, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. D. L. Tasto.

HISTORIA

R. S. era un niño de cuatro años de edad (CI=131) que había desarrollado unas reacciones psicofisiológicas y motrices extremas ante los sonidos fuertes, y estas reacciones se estaban generalizando a otros estímulos que solían darse contiguamente a los ruidos fuertes, por ejemplo, la lluvia con los truenos. Los padres decían que su reacción típica ante un ruido fuerte era ponerse hiperexcitado y empezar a correr de forma incontrolada en direcciones imprevisibles. A veces corría hacia la fuente del sonido y a veces se alejaba de ella. Estaban muy preocupados porqúe si no se le vigilaba muy de cerca, podía, por ejemplo, correr a la calle al producirse inesperadamente un ruido fuerte.

Tanto el padre como la madre eran profesores que estaban haciendo el doctorado, y después de entrevistarles y trabajar con ellos no parecían haber pruebas de factores patológicos en el ambiente familiar. La fobia parecía ser un fenómeno completamente aislado y específico que, no obstante, inhibía mucho ciertas actividades sociales tales como ir a fiestas en las que hubieran globos, asistir a acontecimientos deportivos con muchedumbres ruidosas, jugar con otros niños a juegos que implicaran la posibilidad de ruidos fuertes y repentinos, etc.

MÉTODO DE TRATAMIENTO

Puesto que la literatura era bastante insuficiènte para ofrecer recomendaciones específicas basadas en la investigación empírica, se decidió seguir la técnica de Wolpe y Lazarus (1966) de relajación y desensibilización sistemática hasta que alguna fase del procedimiento resultara ineficaz. Por lo tanto, la primera parte de la primera sesión se dedicó al entrenamiento en la relajación muscular, que al parecer fue muy bien. Las directrices para la relajación muscular estaban sacadas de Wolpe y Lazarus (1966; p. 177); el autor explicaba el proceso y daba instrucciones sistemáticas a R. S. para que tensara y relajara distintos

músculos de su cuerpo. Después de esto (cuando ya no estaba en posición de relajación), R. S. señaló trece estímulos ruidosos que le provocaban miedo.[1] Mediante una técnica de comparación de parejas de estímulos indicó cuál de los dos pares le producía más miedo, hasta que todos los estímulos estuvieron ordenados en una lista. Las jerarquías específicas para cada uno de estos estímulos pudieron construirse con relativa facilidad, esto es, sobre la base de la intensidad del sonido.

Puesto que el proceso de relajación pareció funcionar muy bien la primera vez, se presentó verbalmente y de forma jerárquica uno de los estímulos productores de miedo (el sonido de la caída de una cosa de madera) para que R. S. lo imaginara. (Para una explicación más detallada, ver Wolpe y Lazarus, 1966.) Un ítem bajo de esta jerarquía consistía en imaginar al terapeuta tirando un trozo de madera desde una altura de un centímetro, mientras que un ítem alto de la jerarquía era tirarlo desde una altura de un metro y medio. Sin embargo, ocurrió un fenómeno curioso: cuando se subía en la jerarquía, R. S. nunca mostraba ansiedad levantando el dedo. A lo largo de las tres primeras sesiones se intentaron diferentes jerarquías con el mismo resultado: el niño nunca dio muestras de ansiedad, y cuando luego se comprobaba su miedo a un ítem *in vivo*, ésta no había disminuido. También fue interesante observar que, antes de las sesiones de desensibilización en las que se utilizaban estímulos que debían ser imaginados, R. S. preguntaba específicamente si sólo tendría que imaginarse los estímulos en cuestión o si el terapeuta presentaría realmente los estímulos, por ejemplo, pinchando un globo o tirando un trozo de madera al suelo, y, mientras se le dijera que sólo tendría que imaginarse estos estímulos, no daba ninguna muestra visible de ansiedad.

---

[1] Los estímulos provocadores de miedo se ordenaron de mayor a menor de la siguiente manera: disparo de pistola, estallido de globo, cañón, sirena, trueno, muchedumbre, caída de un trozo pesado de acero, caída de una pizarra al suelo, caída del cubo de la basura, «buuu» dicho por la madre, ruido de avión, rotura de cristal, crujido de papel.

Puesto que este proceso de imaginar los estímulos provocadores de miedo no estaba teniendo un efecto beneficioso generalizado a los estímulos temidos reales, se decidió usar el condicionamiento *in vivo* tanto en las sesiones de terapia como en casa por medio de los padres. Desde la primera sesión se entrenó a R. S. en la relajación muscular, y se le dieron instrucciones para que la practicara cada noche. El terapeuta inició la segunda sesión haciéndole relajarse y luego presentándole estímulos reales de las jerarquías, tales como tirar una pizarra, pinchar un globo, etc. El terapeuta establecía la jerarquía dejando que R. S. determinara, por ejemplo, lo grande que tenía que ser el globo antes de que el terapeuta lo pinchara, o desde qué altura podía tirar la pizarra. El proceso fue muy bien con los estímulos que se podían emplear en la terapia. En cuanto a otros estímulos corrientes en su vida, se puso de relieve a los padres la importancia de la relajación y del aumento gradual en la intensidad de los estímulos ruidosos como requisito previo para el éxito. Un ejemplo de la cooperación de los padres fue hacer que R. S. practicara el tiro al blanco con su padre. R. S. iba a cierta distancia de su padre, se relajaba, y hacía al padre la señal para que disparara. Gradualmente fue acercándose, hasta que disparó la pistola él mismo. Otro ejemplo que ilustra el funcionamiento mediante la cooperación paterna fue que el padre metía una moneda dentro de un globo, y la única manera que tenía R. S. de coger la moneda era pinchar el globo, produciendo así el ruido él mismo. R. S. decía que, para lograr esto, procedía a una breve relajación muscular, y luego pinchaba el globo ligeramente hinchado. Los globos fueron hinchándose cada vez más hasta que al pincharse un globo totalmente hinchado no se produjeron señales de miedo. (Antes, se asustaba mucho sólo con ver un globo.)

Durante las tres primeras semanas de terapia, los padres dijeron que cada día practicaban con R. S. varios ítems de las jerarquías. Poco después de estas tres semanas empezaron a decir que la relajación ya era muy fácil para R. S. y que éste podía sufrir la mayoría de los ruidos

previstos relajándose él solo. La terapia se acabó después de seis sesiones a petición de los padres, porque éstos dijeron que R. S. no tenía problemas con los ruidos y que incluso parecía más relajado en la vida normal de cada día que antes de la terapia. Un mes y cuatro meses después de la terminación de la terapia, los padres informaron de que no había tenido recaídas y se estaba volviendo más sociable con otros niños y más relajado en general.

COMENTARIO

Típicamente, el uso del contracondicionamiento en el tratamiento de fobias infantiles (Jones, 1924a, 1924b; Lazarus, 1960) ha utilizado alguna conducta agradable, por ejemplo el comer, como respuesta antagónica de la ansiedad para que se diera el condicionamiento. Otros estudios (*ver* la revisión de Gelfand y Hartman, 1968) han usado «sugestión, hipnosis o drogas» para inducir sentimientos de relajación. Este caso particular, sin embargo, sugiere que la capacidad para emplear eficazmente la relajación *muscular* como respuesta antagónica de la ansiedad, que permita el contracondicionamiento, probablemente empieza a una edad relativamente temprana. Sin embargo, probablemente la capacidad para que los estímulos imaginados provoquen ansiedad está en función del desarrollo, y es necesaria más investigación para determinar cuándo, en qué momento del desarrollo, los estímulos imaginados tienen capacidad suficiente para provocar ansiedad y hacer que el contracondicionamiento pueda ser eficaz. Además, el hecho de que en este caso se consiguiera que los padres trabajaran con la relajación y los ítems de la jerarquía sugiere que, si es necesario el condicionamiento *in vivo* en niños muy pequeños, pueden utilizarse eficazmente ciertos agentes al margen del terapeuta para llevar a cabo el contracondicionamiento en el tratamiento de niños fóbicos.

Respecto a la eficacia de la relajación muscular y a la ineficacia de los estímulos imaginados para provocar la ansiedad, este caso sugiere una hipótesis de mediación ver-

bal. Seguir las directrices propias de la relajación muscular implica primariamente unas respuestas en las que interviene el SNC (tensar y relajar los músculos). Los niños de esta edad no tienen ninguna dificultad para seguir directrices que impliquen movimientos musculares manifiestos y simples. Sin embargo, es posible que, para que los mediadores verbales provoquen respuestas emocionales con intervención vegetativa, sean necesarios muchos emparejamientos de palabras con los estímulos que provocan estas respuestas. Si es así, los adultos tendrían mucha más oportunidad que los niños para experimentar el emparejamiento de palabras con los estímulos reales que provocan respuestas emocionales. Esto podría explicar que los adultos experimenten ansiedad ante estímulos imaginados y los niños no, siempre que realmente éste sea un fenómeno general que se dé en los niños.

BIBLIOGRAFÍA

Gelfand, D. M. y Hartman, D. P. Behavior therapy with children: A review and evaluation of research methodology. *Psychol. Bull.*, 1968, 204-215.

Jones, M. C. The elimination of children's fears. *J. exp. Psychol.*, 1924, 7, 382. a

Jones, M. C. A laboratory study of fear. The case of Peter. *Pedagogical Seminar*, 1924, 31, 308. b

Lazarus, A. A. (1959) The elimination of children's phobias by deconditioning. In H. J. Eysenck (Ed.), *Behaviour therapy and the neuroses.* Oxford: Pergamon Press, 1960.

Wolpe, J. y Lazarus, A. A. *Behaviour therapy techniques.* Oxford: Pergamon Press, 1966.

FUERTE ANSIEDAD ANTE LA SEPARACIÓN EN DOS NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR TRATADOS CON ÉXITO MEDIANTE INHIBICIÓN RECÍPROCA *+

HERNAN MONTENEGRO ++

Children's Psychiatric Service, The Johns Hopkins University School of Medicine and Hospital, Baltimore, Maryland

Resumen: La ansiedad ante la separación en grado patológico de dos niños en edad preescolar fue tratada con éxito y rapidez (en 15 y 16 sesiones, respectivamente) estructurando una desensibilización sistemática en la vida real basada en la inhibición recíproca, utilizando las respuestas de alimentación como el estado fisiológico para contrarrestar la ansiedad. Como parte de la sintomatología, uno de los niños manifestaba un rechazo a hablar, que fue tratado con éxito utilizando técnicas de condicionamiento operante.

Se da una descripción completa del procedimiento y los resultados del tratamiento, y se comentan los fundamentos del método. Se insiste en contrarrestar y resolver las circunstancias reinantes que mantienen y refuerzan la conducta indeseable, más que en un análisis detallado de los orígenes de la dificultad.

---

* Este trabajo se llevó a cabo mientras el autor tenía una beca de la World Health Organization (WHO).

+ Reproducido del *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1968. 9, 93-103. Copyright 1968, con permiso de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. H. Montenegro.

++ Actual dirección del autor: Unidad Psiquiátrica Infantil, Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

Este trabajo describe a dos niños con ansiedad ante la separación en grado patológico que fueron tratados con éxito utilizando la técnica de terapia de la conducta de la inhibición recíproca, empleando las respuestas de alimentación como estado fisiológico antagónico de la ansiedad. Un niño (Caso 2) mostraba un rechazo a hablar que fue tratado con éxito utilizando el condicionamiento operante.

La terapia usada en ambos casos fue una modificación del procedimiento de desensibilización de Wolpe (1954, 1958, 1966). Lo característico del método de Wolpe es que emplea la relajación muscular (siguiendo la técnica de Jacobson, 1938) y la hipnosis como estado inhibidor de la ansiedad, durante el cual se pide al paciente que se imagine a sí mismo en una serie de situaciones generadoras de ansiedad previamente seleccionadas y graduadas por el terapeuta en una jerarquía. En los presentes casos, se introdujeron tres modificaciones a la técnica de Wolpe: 1) No se usó la hipnosis. 2) En vez del método de relajación, que es difícil de usar con niños pequeños poco dispuestos a cooperar, se emplearon las respuestas de alimentación como estado fisiológico que oponer a la ansiedad. 3) En vez de pedir al paciente que se imaginara las situaciones productoras de ansiedad, se le expuso progresivamente a una serie gradual de situaciones en las que intervenía el estímulo real —en este caso, la separación de la madre— como describiremos más adelante. (Este uso del estímulo real ha sido llamado desensibilización *directa* o *en la vida real* o *in vivo*.)

Ya en 1924 se dio cuenta del uso —con éxito— de las respuestas de alimentación en un procedimiento de desensibilización. Mary Cover Jones (1924a, b) lo hizo en su tratamiento clásico de un paciente de tres años de edad, Peter, para eliminar una fobia a los conejos. A pesar de sus buenos resultados, y de la validez probada de la técnica terapéutica de la inhibición recíproca, al parecer la literatura no cuenta con informes posteriores que confirmen sus descubrimientos clínicos con las respuestas de alimenta-

ción hasta la obra de Lazarus (1959). Lazarus trató a un niño de ocho años que tenía miedo a los vehículos en movimiento.

Aunque en años recientes ha habido una cantidad cada vez mayor de literatura sobre la terapéutica de la conducta infantil, en muchas ocasiones se refiere al tratamiento de niños fóbicos o psicóticos (p. ej., Eysenck, 1960, 1964; Rachman, 1962, 1963; Lazarus y Abramovitz. 1962; Russo, 1964, y Wolpe y cols., 1964). El procedimiento descrito en los dos casos que presentamos proporciona una técnica que, además, da muy buenos resultados en el tratamiento de problemas de ansiedad ante la separación.

Wolpe (1958) describe ciertas observaciones experimentales hechas por él de gatos «en los que se han inducido estados neuróticos duraderos mediante la administración de varias dosis de descarga eléctrica —que castiguen sin perjudicar— en una pequeña jaula». En todos los casos, la ansiedad neurótica y otras reacciones más tarde «se eliminaron totalmente dejando comer a los animales en presencia de pequeñas "dosis" de estímulos provocadores de ansiedad, que en sesiones posteriores se hicieron progresivamente mayores». Estos descubrimientos revelaron un útil «antagonismo entre las respuestas de alimentación y las respuestas de ansiedad».

Jones, en 1924, había proporcionado pruebas clínicas del mismo principio al conseguir superar fobias de niños pequeños dándoles una «comida atractiva para ingerir en asociación con la presentación de un objeto temido, primero a cierta distancia y luego progresivamente más cerca». Jones llamó a esta técnica el método de *condicionamiento directo*, significando con ello:

> ... intenta asociar con el objeto temido un estímulo definido, capaz de suscitar una reacción positiva (agradable). La motivación del hambre parece ser la más eficaz para usarlo en estos casos. Durante un período de intenso deseo de comida, se pone al niño en una silla alta y se le da algo para comer. Se introduce el objeto temido, iniciándose una respuesta negativa; luego se va alejando gradualmente hasta que se halla a una distancia suficiente

como para no interferir la comida del niño. La fuerza relativa del impulso del miedo y el impulso del hambre puede medirse por la distancia a la que es necesario llevar el objeto temido. Mientras el niño está comiendo, se acerca lentamente el objeto a la mesa, luego se sitúa encima de la mesa y, finalmente, cuando aumenta la tolerancia, se pone al alcance de su mano. Dado que no podíamos interferir con el programa regular de comidas, escogimos la hora de la comida del mediodía para el experimento. Esto, generalmente, garantizaba cierto grado de interés por la comida, y el correspondiente éxito de nuestro tratamiento. La eficacia de este método aumenta mucho al incrementar el hambre como mínimo hasta cierto punto... Este método, obviamente, requiere un manejo delicado. Se está jugando con dos sistemas de respuesta: la comida, que lleva a una reacción positiva, y el objeto temido, que lleva a una reacción negativa. El condicionamiento deseado debería producir la transformación del objeto temido en una fuente de respuesta positiva (estímulo sustitutivo). Pero un experimentador poco cuidadoso podría producir fácilmente el resultado inverso, vinculando una reacción de miedo a la visión de la comida. (Jones, 1924a, p. 389 ss.)

Estas observaciones de Jones fueron antecedentes clínicos de la elaboración posterior que hizo Wolpe (1948, 1952, 1954, 1958) del principio de la inhibición recíproca.

Wolpe enuncia la esencia de su técnica en los siguientes términos:

Si podemos hacer que se produzca una respuesta antagónica de la ansiedad en presencia de estímulos provocadores de ansiedad, de manera que vaya acompañada de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, se debilitará el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad. (Wolpe, 1958, p. 71; sin cursiva en el original.)

En los dos casos descritos en el presente trabajo, se suprime la tendencia a responder patológicamente ante el estímulo productor de ansiedad (separación de la madre) mediante las respuestas contrarrestadoras de la comida. El uso clínico repetido de esta inhibición recíproca —que

en un caso concreto tiene efectos temporales— forma un «condicionamiento» permanente que tiende a inhibir la conducta neurótica.

Además de las respuestas de alimentación, también se han usado otras respuestas para contrarrestar los efectos de los estímulos provocadores de ansiedad en adultos. Las más útiles han sido las respuestas de relajación, de aserción y las sexuales (Wolpe, 1958, pp. 114-138).

CASUÍSTICA

Caso 1

Romeo, un niño blanco de seis años, llegó a nuestra clínica psiquiátrica remitido por su pediatra. En la primera visita, lo primero que dijo su madre fue: «Tiene terror a los doctores. Cada vez que ha de ir a un reconocimiento no quiere que le toquen. Tengo que sujetarlo para impedir que salga corriendo». Tres meses antes, había llevado al niño al médico por una herida en el cuero cabelludo; se puso tan agitado, que el doctor tuvo que sujetarlo con correas para explorarlo.

El niño no podía aceptar que lo separaran de su madre, ni siquiera unos minutos. Cuando tenía cinco años, los padres intentaron llevarlo a un parvulario, pero allí les fue imposible tolerar su conducta cuando le dejaba su madre. Permitieron que ella se quedara con él los primeros días, pero en cuanto ella se iba de la escuela él empezaba a llorar y chillar como un desesperado. Al cabo de diez días, la escuela cedió en su empeño de controlarle, y el niño no pudo continuar.

Romeo es hijo único; y nació cuando sus padres llevaban veinte años casados, sin haber usado nunca medidas anticonceptivas. Los padres convenían en que los problemas de conducta del niño se debían en gran medida al hecho de que «le queremos demasiado».

La conducta de los padres ha hecho mucho para reforzar la conducta inadecuada de Romeo. Por ejemplo, nunca

le han dejado en casa con una «canguro»; por consiguiente, los padres no han salido solos casi nunca desde que nació Romeo. Ocasionalmente, cuando deben acudir a algo importante, lo dejan con la abuela materna. El niño siempre «consigue lo que quiere». Si hay algún signo de restricción paterna, coge una rabieta y acaba consiguiendo lo que quiere. Cuando no le gusta alguna comida, por ejemplo, la madre no vacila en preparar algo diferente para él. Aunque tiene seis años, tanto el padre como la madre se referían a él llamándole «el bebé». La madre es la única que se ha atrevido a castigarle y decía: «Cuando le doy un azote, me voy a mi habitación a llorar».

A la madre de Romeo la operaron cuando éste tenía cuatro años. Estuvo hospitalizada un mes, y durante este tiempo el niño sólo la vio dos veces. Ella cree que la incapacidad de éste para soportar separarse de ella data de esa experiencia. El niño duerme con su padre. Duerme bien, pero es difícil conseguir que se acueste. Todavía se orina en la cama ocasionalmente, y se mece durante el sueño. Tiene poco apetito. Se muerde las uñas y se chupa el pulgar, e intenta metérselo todo en la boca. Le es sumamente difícil tolerar una frustración; tiene «un mal genio terrible», y se niega a hacer caso cuando se le corrige. Simplemente dice: «¡No me pegues!» Su madre todavía le ayuda a vestirse; también lo baña, y a veces aún le da la comida.

Después de tomar nota de esta historia contada por los padres en la primera sesión, vi al niño en la siguiente. Como era de esperar, no quiso dejar a su madre. En cuanto le pedí que viniera conmigo a mi despacho, empezó a sollozar y a temblar aferrándose a ella. Le decía gritando: «Ven conmigo, ven conmigo; ¡quiero estar contigo!»..., etcétera. Cuando hubieron fracasado todos los esfuerzos para convencerle de que no iba a ocurrirle nada, invité a su madre a que viniera con él. En mi despacho, continuó aferrándose a ella y se negó a sentarse. Estaba besándola constantemente, o chupándose el dedo o un juguete de plástico. La única vez que habló fue para decir a su madre: «Tú quédate aquí; tú quédate conmigo». Cuando

le pregunté cómo se llamaba, él pidió a su madre que me contestara. Lo mismo ocurrió con su edad y dirección; sólo quería repetir su edad. Durante el resto de la entrevista, continuó negándose a sentarse.

Cuando pedí a la madre que saliera del despacho un rato, inmediatamente él volvió a temblar y sollozar; e intentó marcharse. Cuando ella salió del despacho, él se puso sumamente ansioso. Permaneció conmigo cinco minutos, pero luego fue a reunirse con su madre. Dado que yo necesitaba completar algunos aspectos de la historia familiar, utilicé el resto de la sesión para entrevistar a la madre mientras Romeo permanecía en la sala de espera. La madre dijo que su principal preocupación era la conducta de Romeo. Había sido especialmente frustrante para ella cuando él no había podido afrontar la situación escolar el septiembre anterior. Luego, después de quince minutos de entrevista, nos llamaron desde el despacho de la secretaria diciendo que el niño estaba llorando en la sala de espera; de manera que tuvimos que terminar.

Caso 2

Donna, un niña negra de tres años y medio, llegó a nuestra clínica remitida por otro departamento del hospital. La madre dijo que se había dado cuenta de que la conducta de la niña presentaba un problema al llevar a la niña a un parvulario privado. Ella quería trabajar fuera de casa. Dijo que la niña no había tenido ninguna oportunidad para jugar con otros niños antes, y que no pudo adaptarse a la escuela. La maestra había dicho que Donna no se acomodaba al grupo y mostraba una conducta retraída. Aunque ocasionalmente obedecía alguna orden, no conversaba en absoluto. Se negaba a estar con los demás niños, y cuando la invitaban a jugar con ellos, se ponía a llorar. Durante los primeros meses de escuela, lloraba cada vez que tenía que dejar a su madre, y podía pasarse horas llorando.

El patrón de conducta de la niña también cambió en

casa. Aunque a los dos años había empezado a decir frases al hablar, dejó de hablar cuatro meses antes de su venida a la clínica, coincidiendo con su ingreso en el parvulario. Cuando quería algo, lo señalaba con el dedo índice. Ocasionalmente, pero sólo en casa, hablaba para sí diciendo por ejemplo: «Deja de llorar, Donna» o «No toques esto, Donna». Dejó de llamar a sus padres «Mamá» o «Papá». También por entonces empezó a dar muestras de mal genio. Se ofendía por cualquier interferencia en sus actividades, y no podía tolerar las frustraciones.

Donna siempre había estado sumamente ligada a su madre, y estaba acostumbrada a pasar todo el día con ella hasta que su madre decidió trabajar fuera de casa cuatro meses antes. Ahora la madre trabaja en un agencia del gobierno. Tiene treinta y ocho años y terminó el segundo curso de universidad. Antes tenía un empleo, hasta que llegó al sexto mes de embarazo de esta niña. Donna tiene un hermano; tiene once años y no presenta problemas. Cuando el niño era pequeño, el padre se ocupaba de él la mayor parte del tiempo, porque siempre trabajaba de noche (estaba empleado en una agencia del gobierno). El padre también tiene treinta y ocho años, y también tiene dos años de universidad. Es una persona silenciosa pero agradable.

Los padres convenían en que se llevaban bien y no tenían problemas económicos. La madre decía que se puso a trabajar otra vez porque «quería dar a la niña una educación mejor». Hacía dos años que la familia se había trasladado a un barrio donde la mayoría de la gente es «blanca», y no tenían amigos allí. Cuando pregunté a la madre por qué Donna no había tenido la oportunidad de jugar con otros niños, ella dijo: «Porque cerca de casa no hay niños con quienes pueda jugar». Cuando expresé cierta sorpresa ante eso, ella dijo que había «dos niños blancos» al otro lado de la calle, pero que consideraba «muy peligroso» dejar a Donna jugar allí. Aunque la madre no lo reconociera, parecía evidente que tenía miedo de dejar que sus hijos jugaran por el vecindario dada la posibilidad de discriminación racial. También era obvio

que tenía un ardiente deseo de mejorar el estatus social de su familia. La madre es una mujer agradable, que habla bien, y da la impresión de que su educación es mejor que la media.

La madre de Donna tenía veinte años cuando se casó. Con Donna, tuvo un embarazo y un parto normales. No ha habido problemas en el desarrollo de la niña, excepto en que todavía se orina en la cama ocasionalmente. Empezó a hablar cuando tenía un año y medio, y sus primeras palabras fueron «Mamá» y «Papá». A los dos años de edad utilizaba frases simples, tales como «Quiero pan», y tenía un vocabulario normal para su edad. Siempre ha sido muy sana.

Intenté ver a Donna sola dos veces antes de usar la terapia de inhibición recíproca, pero las sesiones fueron muy insatisfactorias. En la primera visita se puso a llorar desesperadamente cuando su madre salió de mi despacho. Fue imposible establecer ningún tipo de comunicación con ella, y al cabo de quince minutos dejé de intentarlo. Llamé a los padres, y el padre se llevó a Donna a la sala de espera mientras yo hablaba con la madre. La niña continuó llorando, aunque entonces estaba sentada sobre las rodillas de su padre en la sala de espera. Finalmente, sin embargo, se quedó dormida.

En la segunda visita, una semana más tarde, la vi con su madre en mi despacho. Esta vez pudo coger un lápiz que le ofrecí. Con mucha desgana copió un círculo, pero luego empezó a hacer garabatos, y continuó muy poco rato. Después de eso pasó la mayor parte del tiempo mirando varios objetos de las paredes, y no me prestó ninguna atención cuando yo le hablaba. Como era de esperar, ella no habló en absoluto. Cuando pedí a la madre que saliera del despacho, Donna inmediatamente se puso a llorar, como había hecho en la primera visita; y otra vez fue imposible conseguir una relación útil con ella.

MÉTODO TERAPÉUTICO Y RESULTADOS

Procedimiento de tratamiento

Caso 1. Después de explicar brevemente a los padres del niño las bases teóricas de la técnica a utilizar, les enseñé cómo prepararle para cada sesión. Se decía al niño que éstos eran los planes del doctor, y que recibiría un buen desayuno en cuanto entrara en el despacho del doctor. Cada vez, la madre de Romeo traía algunos de sus manjares favoritos, tales como chocolate, patatas fritas, helado, palomitas, plátanos, etc.

Como preparación para las sesiones de desensibilización, confeccioné la siguiente *jerarquía de ansiedad* en relación con Romeo:

1. El paciente y su madre en mi despacho. Duración de la primera sesión: quince minutos.
2. El paciente conmigo en mi despacho, con la puerta abierta para que pueda ver a su madre de pie en el pasillo, fuera del despacho. Duración: treinta minutos.
3. El paciente conmigo en el despacho, con la puerta cerrada. La madre sigue en el pasillo y permito al paciente que compruebe la presencia de la madre siempre que quiera. Duración: treinta minutos.
4. El paciente conmigo en el despacho, y la madre en la sala de espera. Permito al paciente que vea a la madre siempre que quiera. Duración: treinta minutos.
5. La madre de nuevo en la sala de espera, pero no permito que el niño vea a la madre hasta el final de la sesión. Duración: cuarenta y cinco minutos.
6. El paciente va con el terapeuta a la cafetería del hospital (abajo, en el primer piso) durante quince minutos, después de permitírsele que diga a su madre adonde va.
7. El paciente va con el terapeuta a la cafetería treinta minutos para tomarse un helado. Esta vez no se permite al niño que lo notifique a su madre.

8. El paciente va con el terapeuta a unos almacenes con cafetería situados en la acera de enfrente del hospital, durante quince minutos. Se permite al niño que se lo diga a su madre antes de salir; el terapeuta ya le ha pedido permiso antes.
9. Misma situación que en la sesión 8.
10. El paciente y el terapeuta van a la cafetería del hospital durante cuarenta y cinco minutos, y luego dan vueltas por otras partes del hospital durante el resto de la hora. (Con el Caso 2 doy un informe más detallado de los resultados de las sesiones terapéuticas individuales.)

Una vez completada con éxito esta jerarquía en diez sesiones consecutivas, durante dos semanas y media, se dijo a los padres que dejaran al niño en casa con una niñera competente, una hora la primera vez, y luego cada vez más tiempo. Además, se hicieron recomendaciones específicas a los padres sobre formas adecuadas de relajar la relación casi simbiótica padres-niños y disminuir la excesiva dependencia mutua. El niño tenía que dormir solo y lavarse, vestirse y comer solo. Se dieron instrucciones tanto al padre como a la madre para que se mostraran firmes y consecuentes a la hora de fijar límites.

Cuando el niño pudo tolerar sin dificultad quedarse en casa con una niñera, dije a la madre que lo metiera en un parvulario. Como era verano, lo metió en una «Bible School» (escuela parroquial para vacaciones), en una de las iglesias del barrio. Durante un mes asistió a ella dos horas diarias; y cuando se terminó la escuela de la iglesia, Romeo se mostró muy contrariado. Un mes más tarde se matriculó en primer grado en una escuela pública, y no manifestó ningún problema de adaptación.

Caso 2. Desde el principio fue evidente que el primer objetivo debía ser contrarrestar la ansiedad ante la separación lo suficiente para poder comunicar con la niña, como mínimo. Éste y otros objetivos terapéuticos se persiguieron utilizando los procedimientos de condicionamiento directo, adaptados principalmente a partir de Jones

(1924a, b) y Wolpe (1958). Primero, expliqué brevemente la técnica a los padres y les pedí que dejaran a la niña sin cenar la noche anterior y sin desayunar el día de la sesión. Las visitas siempre eran a las 9 de la mañana. Además, pedí a los padres que trajeran cada vez algunos de los dulces y pasteles favoritos de la niña, y que me informaran siempre que observaran algún cambio en los hábitos alimenticios y en el apetito de Donna. La teoría de estos procedimientos se basa en la actuación sobradamente demostrada de los impulsos apetitos primarios en el condicionamiento: los estímulos relevantes (tales como comida o agua) adquieren un efecto máximo de reforzamiento o inhibición recíproca sólo después de un período de privación de los mismos. De forma similar, la eficacia de los reforzadores sociales puede aumentar si hay privación (Gerwirtz y Baer, 1958).

Primera sesión en la que se usó la inhibición recíproca. La madre de Donna entró con ella en mi despacho. Cuando empezó la sesión di a Donna algunos de los pasteles y dulces que había traído su madre; la niña los aceptó rápida y ávidamente. Al cabo de unos minutos, pedí a la madre que saliera del despacho pero que permaneciera en el pasillo junto a la puerta, para que Donna pudiera verla. La niña se puso a sollozar y continuó sollozando cinco minutos; luego cerré la puerta. Empezó a chuparse el dedo, y continuó haciéndolo durante la entrevista; pero cada vez que yo le ofrecía algo de comer, ella lo aceptaba gustosa. Le estuve haciendo dibujos, y al final de la sesión (que duró sólo treinta minutos) había llegado a interesarse algo.

Segunda sesión (día 4). La madre de Donna la dejó en mi despacho. Una vez más, cuando su madre salió de la habitación, la niña no lloró directamente, sino que sólo hizo pucheros, esta vez durante dos minutos. Ahora fue capaz de tolerar sentarse sobre mis rodillas mientras comía los bocadillos y pasteles que había traído su madre. Más tarde, mientras estábamos haciendo dibujos, obedeció por

primera vez algunas órdenes simples, tales como coger un lápiz o dejarlo. Al final de la sesión, que duró cuarenta y cinco minutos, empezó a sollozar otra vez cuando su madre entró en el despacho para recogerla.

Tercera sesión (día 8). En esta sesión, por primera vez, Donna ni siquiera hizo pucheros cuando su madre salió de mi despacho. También fue la primera vez que la niña sonrió, mientras jugaba con mi silla giratoria. Además, su madre dijo que, después de la última sesión, Donna había pedido sentarse en el asiento trasero del coche para volver a casa; antes, siempre había ido sentada en el regazo de su madre.

Cuarta sesión (día 12). Esta vez fui a buscar a Donna a la sala de espera, de manera que ni su padre ni su madre entraron con ella en mi despacho. No lloró ni hizo pucheros en absoluto. Cuando empezó la entrevista, la senté sobre mis rodillas y comió con buen apetito. Su apetito en casa también había sido bueno desde el inicio de esta terapia. Luego hice algunos dibujos en un papel, y ella estuvo dispuesta a copiarlos, pero sólo después de insistir yo mucho. Su padre dijo que en casa estaba mejorando claramente; había empezado a hablar un poco, aunque sólo cuando quería algo, p. ej., «Quiero leche», «Quiero pan».

Quinta sesión (día 16). Volví a encontrarme con Donna en la sala de espera; ella aceptó darme la mano, y entró conmigo en el despacho sin ansiedad aparente. Volvió a sonreír, esta vez mientras estaba jugando con unas muñecas. Sin embargo, todavía no se expresaba verbalmente. No obstante, su padre dice que habla cada vez más; pero sólo en casa. Ahora muestra a sus padres diferentes objetos y los identifica por su nombre. La maestra del parvulario ha dicho a los padres que Donna se porta mejor en la escuela. Para confirmar la exactitud de la información de los padres, telefoneé a la maestra, que dijo: «Ahora Donna es capaz de permanecer en el grupo; no está tan retraída, y no llora como hacía antes; pero todavía no hay comuni-

cación. Cuando se ve frustrada, llora». La maestra me dijo que no estaban seguros de cómo tratar a Donna en el marco escolar. A la hora de comer, la maestra intenta adivinar los deseos de Donna (por ejemplo, ofreciéndole más sopa), porque la niña no habla. «Generalmente tengo que adivinar lo que quiere.»

En esta fase del tratamiento consideré que el problema de la ansiedad ante la separación había mejorado mucho, no sólo en el ambiente terapéutico, sino en general. Por lo tanto, pasé a centrarme en su negativa a hablar. El método para tratar este problema se basó en el condicionamiento operante.

Hablé con los padres y con la maestra para explicarles brevemente cómo tenían que enfocar la conducta de Donna en lo referente al hecho de que no hablara. Les pedí que no le pidieran que hablara; sino que cada vez que ella tratara de comunicarse espontáneamente, la recompensaran inmediatamente (p. ej., con caramelos) y acompañaran esto con un comentario afectuoso. Por mi parte, yo empecé a hacer lo mismo, y no sólo con la conducta verbal, sino con cualquier clase de conducta social o cooperativa en la situación de juego. Tanto los padres como la maestra demostraron estar muy dispuestos a cooperar, y creo que esto explica en gran medida la mejora de Donna.

Hasta entonces yo no había insistido para que Donna tuviera un papel activo durante las sesiones terapéuticas, excepto en la cuarta, cuando le pedí que cogiera un lápiz y copiara algunos sencillos dibujos geométricos. Finalmente accedió, pero fue necesaria mucha insistencia antes de que llegara a coger el lápiz. Antes, su papel era simplemente el de comer, generalmente sentada en mis rodillas, mientras yo la entretenía de una forma u otra. Su cooperación activa era casi nula. Cada vez que la había animado a imitar algo que yo había hecho, ella no había respondido en absoluto. Y no había demostrado ningún afecto positivo que yo pudiera detectar, excepto una o dos sonrisas en alguna de las entrevistas. Pero estaba manifestando cierto progreso.

A partir de la sexta sesión, se le permitió que cenara

la noche anterior; y así sólo le faltaba el desayuno antes de las sesiones. Yo le daba parte de la comida en cuanto empezaba la sesión, pero reservaba el resto (principalmente pasteles y chocolate) para recompensar cualquier tipo de conducta deseada. Si meramente seguía la orden más simple —coger un lápiz, acercarse a mí, coger una pelota, etc.—, yo la recompensaba. Estas actividades ocuparon la sexta y séptima sesión (días 20 y 25); pero todavía no hablaba, y su afecto era igualmente neutro.

Octava sesión (día 32). Empezamos a jugar con la pelota, y cada vez que ella cogía la pelota y me la devolvía, yo le daba un bombón o un pastel. Entonces, de repente, se echó a reír por primera vez. Más tarde, la pelota estaba debajo de una silla y ella tuvo que arrastrarse para cogerla. Mientras estaba haciendo esto, empezó a murmurar algunas palabras. Ésta era la primera vez que yo oía su voz. No pude entender las palabras, porque sólo murmuraba. Pero le di inmediatamente un recompensa adecuada.

Al cabo de un rato, dejó de jugar y empezó otra vez a decir algo ininteligible; pero estaba intentando decirme algo. Finalmente, me di cuenta de que quería pedirme que la ayudara a subirse los pantalones; había tenido que agacharse varias veces para coger la pelota, y se le habían bajado los pantalones. En cuanto la hube ayudado a subirse los pantalones, se puso a jugar otra vez. Entonces le enseñé un magnetofón y le expliqué cómo funcionaba. Ella se mostró muy interesada, y cuando oyó mi voz grabada empezó a murmurar otra vez.

Una vez terminada la sesión, cuando su padre y yo estábamos sentados, charlando, en el despacho, Donna dijo a su padre: «Vamos. Vamos. Levántate», mientras le estiraba de la mano para hacer que se levantara. Finalmente, le pidió que la llevara al cuarto de baño.

Novena sesión (día 39). Jugamos a pelota y ella lo hacía muy bien, cogiéndola y devolviéndomela. Entonces le pedí que me la tirara, en vez de dármela; pero se negó

a hacerlo de esta manera nueva. O sea que yo cogí un libro y durante diez minutos fingí estar leyendo. Durante este tiempo ella permaneció quieta, con la pelota en la mano. Luego volví a explicarle la nueva forma de jugar, pero ella mantuvo la misma actitud, mirando el chocolate. O sea que encendí un cigarrillo y continué leyendo diez minutos más sin hacer ningún comentario. Ella seguía en el mismo sitio, mirándose la mano, o mirando la pelota o el chocolate. Finalmente, cerré el libro y dije: «Bueno, juguemos ahora». Le volví a enseñar a tirar la pelota, y esta vez lo hizo. Le di dos bombones; cuando se lo pedí, volvió a tirar la pelota.

Al final de la sesión volví a enseñarle el magnetofón, y la invité a oír su propia voz en él; pero no habló en toda la sesión. Sin embargo, su padre decía que cada vez hablaba más, pero todavía sólo en casa, donde saludaba a la gente diciendo «hola» o «¿cómo estás?». También estaba empezando a decir «gracias» al recibir algo.

Décima sesión (día 46). Una vez más introduje modificaciones en el juego habitual, pero ella no quiso cooperar. Empleé la misma técnica de retirarle la atención y las recompensas. Esto tuvo éxito dos veces; pero falló una vez en que, después de diez minutos de silencio, se puso a llorar. La dejé llorar varios minutos, y luego volví a la forma de juego anterior, coger la pelota y dármela. Pero no habló en todo el rato.

Onceava sesión (día 53). Por primera vez, se mostró dispuesta a conversar. Yo me di cuenta de que tenía la cicatriz de un rasguño en la frente, y cuando le pregunté acerca de ella, me dijo que se había caído mientras jugaba en la escuela. Más tarde también me dijo que llevaba un vestido nuevo.

Esta vez, Donna había venido acompañada por su madre, y ésta quería hablar conmigo. Estaba muy contenta con la mejora de Donna. Dijo que, desde hacía dos semanas, se había fijado en que Donna ahora estaba usando el pronombre «yo». Además, saludaba a la gente; y seguía

teniendo buen apetito. Cuando quería algo, decía «por favor». Volvía a llamarla «Mamá», y hablaba mucho más. La madre también habló de una entrevista que había tenido con la maestra de Donna una semana antes; la maestra decía que pensaba que Donna había recibido «medicación» recientemente, debido a la súbita mejora en el conjunto de su patrón de conducta en la escuela.

Doceava sesión (día 60). Esta vez estuvo dispuesta a cantar conmigo, y se entusiasmó mucho al oír su propia voz en el magnetofón. Evidentemente, estaba muy relajada, y habló bastante mientras jugaba. Durante la mayor parte del tiempo, Donna nombró varios objetos de la situación de juego.

Treceava sesión (día 67). Después de jugar casi media hora conmigo —con pelotas, cubos, gateando y cantando—, se sentó junto a la mesa de juego, mostrándose muy interesada por las muñecas y los juguetitos. Entonces, espontáneamente, empezó a nombrar los diferentes objetos con los nombres apropiados, y a adoptar por primera vez un papel realmente activo en la situación de juego. Hasta entonces, sólo había cooperado si yo iniciaba algún tipo de juego; entonces seguía mi iniciativa. Pero ahora, en cierto modo, asumía mi papel; y empezó a hacer una distribución de los diferentes juguetes, diciendo: «Éste es tuyo..., éste es mío..., estas fichas son tuyas». Cuando le pregunté los nombres de las muñecas, respondió correctamente: «bebé, mamá, papá, niña», etc. Luego me pidió más caramelos, y esta vez le pedí que dijera «por favor» y «gracias», y así lo hizo.

Curiosamente, esta vez (debido a que su padre entendió mal la hora de la visita), la familia había tenido que esperar una hora antes de poder empezar la sesión; ésta fue la única vez que la vi a las 10 en vez de a las 9. Durante la mayor parte de la hora que pasó antes de que yo pudiera verla, Donna había estado corriendo y jugando por los pasillos; y en contra de lo que yo esperaba —que estuviera aburrida o cansada—, la relajación la había dejado más dispuesta a hablar y a cooperar que de costumbre.

Hubo otras tres sesiones terapéuticas después de la treceava, y en ellas continuó el patrón de cooperación activa, espontaneidad creciente y mucha conversación.

Seguimiento de los pacientes

Caso 1. Durante el tratamiento de Romeo, inicialmente le vi dos o tres veces por semana durante un mes. Al terminar éste, él pudo asistir a una escuela parroquial de verano, cercana; le ocupaba dos horas y media cada día. Romeo no pidió que su madre se quedara con él en la escuela, ni el primer día ni ningún otro. No sólo se adaptó bien al ambiente escolar, sino que disfrutó de él. El segundo mes de terapia le vi una vez por semana y sólo dos veces después. Justo antes de que dicidiéramos interrumpir la terapia (después de 15 sesiones), él había empezado a asistir al primer grado de una escuela pública sin ninguna dificultad.

Después de un seguimiento de diez meses, Romeo continuaba estando bien en la escuela; y sus padres me dijeron que su conducta en casa era «mucho más madura». Durante este intervalo, Romeo tuvo que ir a su pediatra tres o cuatro veces; y no sólo no lloró como siempre hacía antes, sino que cooperó bien durante el reconocimiento físico. Recibí el mismo tipo de informe favorable después de ir Romeo al dentista.

Caso 2. Después de la treceava sesión, dos meses y medio después de iniciado el tratamiento, recibimos el siguiente informe de la maestra de Donna: «Intenta conversar conmigo. A veces no habla claro, pero lo hace en forma de oración. Ahora las rabietas de Donna son muy poco frecuentes, y ha aprendido a defenderse, y sabe gritar "¡basta!" y "no". Sigue el ritmo del grupo y ahora se divierte haciendo travesuras».

Después de un seguimiento de dieciocho meses, Donna continuaba con este patrón de aumento de sociabilidad y expresión verbal. Ahora está bien, tanto en casa como en la escuela.

COMENTARIO

Aunque la mayoría de los casos conocidos que se han tratado con inhibición recíproca han sido fobias, el uso de esta técnica en los dos casos presentes parecía una extensión válida del principio, porque el elemento común en todos ellos es la ansiedad. Así pues, se consideró que el método de descondicionamiento con inhibición recíproca era aplicable al tratamiento de la ansiedad ante la separación, y en la práctica esto demostró ser correcto; los pacientes obtuvieron un alivio de sus síntomas eficaz, rápido y continuo.

Lazarus y Rachman (1957, p. 937) han expuesto bien la lógica de esta extrapolación:

> ¿En qué casos está indicada la terapia de desensibilización sistemática? Por razones teóricas y experimentales (*ver* Gantt ... y Jones ..., por ejemplo) es de suponer que los estados fóbicos, en los que unos estímulos concretos y definibles producen una reacción neurótica, sean los más adecuados para esta técnica. De hecho, la desensibilización sistemática está sumamente indicada siempre que la sintomatología clínica permite la construcción fácil de jerarquías apropiadas, y cuando hay una ansiedad específica y no «difusa». (Citado: Gantt, 1944, y Jones, 1924a.)

A la mayoría de los psicoterapeutas de orientación dinámica les preocupa mucho más la historia pasada del paciente que las condiciones presentes que mantienen y refuerzan la sintomatología del paciente. En cambio, el enfoque de la terapéutica de la conducta en general (y la técnica utilizada para tratar estos dos casos en particular) está dirigido primariamente a eliminar o contrarrestar las circunstancias que perpetúan el problema de conducta dado. Con algunos problemas psiquiátricos, este último enfoque parece ser no sólo útil, sino, a veces, esencial para alcanzar cualquier objetivo terapéutico. Esto fue particularmente cierto en el Caso 1, en el que la extensión de la perturbación emocional de los padres hacía sumamente importante el producir un cambio sintomático convincente

en el niño, como requisito previo para un cambio de actitud en los padres. Era esencial demostrarles en la situación de la vida real que podía lograrse una separación entre ellos y el niño; sólo entonces podrían llevar a cabo las recomendaciones prácticas que se les hicieron luego para resolver el problema de la conducta inmadura del niño. Evidentemente, estos cambios ambientales de las actitudes paternas tuvieron mucho que ver con la mejora clara y rápida del niño, pero las actitudes de los padres no habrían podido mejorar tan eficazmente si primero no se hubiera disminuido la ansiedad del niño ante la separación. El principio básico de la importancia de la supresión sintomática se aplica también al Caso 2, en el que la ansiedad inmediata ante la separación era un obstáculo para cualquier esfuerzo terapéutico. En cuanto a la negativa específica a hablar en el Caso 2, es interesante señalar que los padres y la maestra, en un esfuerzo para «ayudar a la niña» instándola incesantemente a que hablara, estaban reforzando la conducta indeseada, tratando de eliminar los síntomas de forma equivocada.

También es importante destacar que en ninguno de estos dos casos la terapéutica produjo la menor perturbación en los hábitos alimenticios de los niños. Así pues, parece que el posible peligro (Jones, 1924a, p. 389) de invertir el proceso de condicionamiento (vinculando la ansiedad a la visión de la comida) es bastante remoto cuando la terapia se lleva bien. En cualquier caso, si uno desea o necesita reducir al mínimo esta posibilidad, puede construir una jerarquía sumamente gradual de estímulos productores de ansiedad, con muchos pasos fáciles de transición. Luego, si en algún momento del procedimiento de desensibilización un paciente reacciona con demasiada ansiedad, el terapeuta puede interrumpirlo inmediatamente y volver a una situación mucho menos difícil; o puede repetir varias veces la situación inmediatamente precedente.

Finalmente, un aspecto crucial de toda desensibilización sistemática es la forma como se disponen y manejan factores como el tiempo, el lugar, y la distancia (entre el

paciente y las fuentes de ansiedad o tranquilidad). Y la oportunidad de hacer uso creativo de estos factores es un desafío para el ingenio del terapeuta que trata de combinar una teoría sólida con un cuidado y una invención constructivas.

Reconocimiento. Quisiera dar las gracias al Profesor León Eisenberg por leer el manuscrito y hacer valiosas sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

Bowlby, J. (1961) Separation Anxiety: A critical review of the literature. *J. Child Psychol. Psychiat. 1*, 251-269.

Eysenck, H. J. (Ed.) (1960) *Behaviour Therapy and the Neuroses.* Pergamon Press, Oxford.

Eysenck, H. J. (Ed.) (1964) *Experiments in Behaviour Therapy.* Pergamon Press, Oxford.

Gantt, W. H. (1944) *Experimental Basis for Neurotic Behaviour.* Hoeber, New York.

Gantt, W. H. (1964) *Autonomic Conditioning,* pp. 115-126 en Wolpe, J. y cols.

Gewirtz, J. L. y Baer, D. M. (1958) The effects of brief social deprivation on behaviors for a social reinforcer. *J. Abnorm. Soc. Psychol. 56,* 49-56.

Jacobson, E. (1938) *Progressive Relaxation.* University of Chicago Press, Chicago.

Jones, M. C. (1924a) Elimination of children's fears. *J. Exp. Psychol. 7,* 382-390.

Jones, M. C. (1924b) A laboratory study of fear. The case of Peter. *J. Genet. Psychol. 31,* 308-315.

Lazarus, A. A. (1959) The elimination of childre's phobias by deconditioning. *Med. Proc.* (South Africa) *5,* 261, 265. (También en Eysenck, 1960.)

Lazarus, A. A. y Rachman, S. (1957) The use of systematic desensitization in psychotherapy. *South African Medical Journal, 31,* 334-337.

Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. (1962) The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *J. Ment. Sci. 108,* 191-195. (También en Eysenck, 1964.)

Rachman, S. (1962) Child psychology and learning theory. *J. Child Psychol. Psychiat. 3,* 149-163.

Rachman, S. (1963) Introduction to behavior therapy. *Behav. Res. Ther. 1*, 3-15.
Russo, S. (1964) Adaptations in behavior therapy with children. *Behav. Res. Ther. 2*, 43-47.
Wolpe, J. (1948) An approach to the problem of neurosis based on the conditioned response. M.D. thesis, University of the Witwatersrand, S. Africa.
Wolpe, J. (1952) Experimental neurosis as learned behaviour. *Br. J. Psychol. 43*, 243-268.
Wolpe, J. (1954) Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Arch. Neurol. Psychiat. 72*, 205-226.
Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, Calif.
Wolpe, J. y Lazarus, A. A. (1966) *Behaviour Therapy Techniques*. Pergamon Press, Oxford.
Wolpe, J., Salter, A. L. y Reyna, L. J. (1964) *The conditioning therapies*. Holt, Rinehart y Winston, New York.

RESTAURACIÓN DE LA CONDUCTA DE COMER EN LA ANOREXIA NERVOSA POR MEDIO DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE Y LA MANIPULACIÓN AMBIENTAL *

JACOB AZERRAD+ y RICHARD L. STAFFORD++

Centro de Rehabilitación Infantil, Departamento de Pediatría, Escuela Médica de la Universidad de Virginia

Resumen: Se empleó un sistema de reforzamiento con fichas para aumentar la tasa de comida de una niña que padecía anorexia nervosa. Este sistema de fichas aumentó la tasa de comida cuando se superpuso al ambiente sumamente reforzador existente en un centro residencial de tratamiento infantil. Además, durante todo el curso del experimento (línea de base, R-1, R-2, R-3, R-4), la paciente estuvo recibiendo reforzamiento no contingente en forma de terapia de apoyo con una psicólogo que le permitía hablar de sus problemas. No se intentó explorar la «dinámica» ni llevar a cabo lo que suele llamarse una terapia profunda. Además, un programa reeducativo para los padres ayudó a éstos a aprender los métodos que se estaban usando en el Centro y a facilitar la transición entre Centro y Comunidad.

---

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1969, 7, 165-171. Copyright 1969, con permiso de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. J. Azerrad.

+ Director de Investigación Psicológica, Community Evaluation and Rehabilitation Center, Walter E. Fernald State School, Waverly, Massachusetts.

++ Profesor Adjunto de Psicología, Departamento de Psicología, University of South Alabama, Mobile, Alabama.

La metodología operante se ha empleado pocas veces para restaurar la conducta de comer en la anorexia nerviosa. Bachrach, Erwin y Mohr (1965) restauraron el comer en una mujer con anorexia crónica cuyo peso había disminuido de 54 a 21 kilos. Se eliminaron de su ambiente hospitalario todos los posibles reforzadores (radio, televisión, libros, revistas, contactos sociales) y, a partir de entonces, se le devolvieron contingentemente a la ingestión de cantidades de comida cada vez mayores. Barlow, Agras y Leitenberg (1967) también emplearon el reforzamiento positivo para restaurar la conducta de comer en dos chicas. Un terapeuta estaba con las pacientes a la hora de comer y les pedía que contaran los bocados que comían. Además, se daban reforzadores sociales (televisión y paseos por la ciudad) por cada aumento de peso. Tanto Bachrach y cols. (1965) como Barlow y cols. (1967) retiraron todos los reforzadores potenciales de los alrededores de sus pacientes durante los procedimientos experimentales. La presente investigación emplea procedimientos similares en un centro residencial de tratamiento infantil, donde no era posible retirar todos los reforzadores potenciales de los alrededores de la paciente antes de iniciar los procedimientos experimentales.

La paciente, una niña de trece años, ingresó en el Centro de Rehabilitación Infantil del Hospital de la Universidad de Virginia el 6 de noviembre de 1967. Un examen físico reveló «... una adolescente blanca sumamente demacrada, que no aparentaba sentir ningún sufrimiento. Cuando se le preguntó cómo se encontraba, dijo: "Supongo que estoy enferma, porque me han traído aquí"... Las extremidades eran notablemente delgadas». Una evaluación psiquiátrica, cuatro días después de su ingreso, la describió así: «... una muchacha de aspecto muy demacrado..., sumamente letárgica, está sentada en la silla con la cabeza recostada contra el respaldo, habla muy bajo y muy despacio. Tengo la impresión de que esta niña está muy perturbada, de que ha tenido grandes dificultades

con la separación y está preocupada por su crecimiento y su maduración sexual». La única vez que fue hospitalizada anteriormente fue a los seis años de edad, para ser operada de apendicitis.

Empezó a perder peso a raíz de una dieta autoimpuesta durante el verano de 1967. Ella atribuía esta dieta a que sus compañeras se reían de ella a propósito de su peso. Fue más o menos por entonces cuando su madre recordaba haber oído hablar sobre las dietas a la paciente con una amiga. Hasta que volvieron de unas vacaciones durante el mes de agosto, la familia no se percató de su pérdida de peso. Además, la madre también recordaba haber visto revistas y folletos sobre dietas en la habitación de la paciente. El 25 de agosto la llevaron a su médico de cabecera. Éste no consideró excesiva su pérdida de peso y la atribuyó a la pubertad y a la adolescencia. Le prescribió un tranquilizante y un estimulante del apetito: sin embargo, ella se negó a tomarlos.

A mediados de octubre, fue explorada por un médico de una población vecina. Su impresión fue ésta: «... presenta el caso clásico de la anorexia nervosa y ... su enfermedad es lo bastante grave como para requerir una atención psiquiátrica inmediata». Fue entonces cuando los padres entraron en contacto con nosotros. La entrevista inicial con los padres reveló la existencia de una manipulación extrema dentro del ambiente familiar. La ansiedad de la familia ante el hecho de que la paciente no comiera hacía que le permitieran dictar los comestibles que había que comprar, planear las comidas, y decidir los alimentos que podía comer cada miembro de la familia. A menudo, su hermano menor se tomaba furtivamente un helado a última hora de la noche, cuando la paciente no le veía, porque ésta era una de las cosas que su hermana le prohibía comer. Además, la paciente ahorraba el dinero del almuerzo, porque no quería almorzar. Y guardaba comida en su habitación. A la hora de comer, podía tirar comida cuando creía que los otros miembros de la familia no la estaban mirando, para dar la impresión de que comía más de lo que comía en realidad.

Durante las tres semanas siguientes, se hicieron recomendaciones a la familia para ayudarles a eliminar esas conductas manipuladoras y la tasa de comida reducida. Se intentó convertir la hora de comer en un estímulo discriminativo (Ferster y cols., 1962); la socialización a la hora de comer se hizo contingente a la acción de comer, y se pospusieron las actividades agradables hasta después de que se produjeran mejoras en la conducta de comer. Había que evitar todo comentario sobre el hecho de que no comiera, y no había que permitir que las conductas manipulativas controlaran las actividades de los demás miembros de la familia. En una semana se eliminaron totalmente las conductas manipulativas dentro de casa; sin embargo, su peso continuaba disminuyendo. Dos semanas más tarde, había perdido 3'400 kg. Entonces ingresó en el Centro de Rehabilitación Infantil.

El atesoramiento de cosas fue la conducta más visible durante la primera semana que pasó la paciente en el Centro. Entre las cosas que acumulaba había alimentos, bolígrafos, tijeras, vasos de cartón, servilletas, y una jeringa que alguien había tirado a una papelera. Aunque sólo se observó que robara en una ocasión, se encontraron entre sus cosas varios objetos que se habían echado a faltar. Después de esto, si faltaba algo, ella era la primera en ser acusada y a menudo se la acusó injustamente de robar. En una ocasión, una enfermera que se había enfadado con su conducta la llamó «ladrona», y más tarde le dijo que la consideraba un caso perdido. Un psicólogo con el que se consultó la diagnosticó de «obviamente psicótica», y muchos miembros del personal médico presionaron mucho a los autores para que la transfirieran a otro centro de tratamiento donde tenían más experiencia en niños con «problemas psiquiátricos».

MÉTODO

Durante la primera semana después del ingreso, vimos diariamente a la paciente, creando una relación de acon-

sejamiento de apoyo. No se intentó explorar la «dinámica» ni hacer «terapia profunda». Simplemente se le permitía hablar de sus problemas. Las sesiones tuvieron lugar cada día durante la primera semana, y luego dos veces por semana hasta que fue dada de alta. Al principio de la segunda semana se inició el programa de reforzamiento.

Instrucciones al personal

1. Tienen que pesar a la paciente cada mañana a las 6.30, justo antes del desayuno.
2. Si se observa que la paciente se lleva comida del área del comedor, la enfermera encargada de observarla tiene que decirle lo que ha observado, y pedirle que devuelva la comida con un mínimo de interacción social.
3. Hay que evitar todo comentario sobre el hecho de que la paciente no coma. Si ella inicia una conversación sobre sus dificultades para comer, hay que cambiar cortésmente el tema de la conversación.
4. Los padres de la paciente podrán visitarla una hora por semana. La paciente no hará llamadas telefónicas.

Sistema de recompensa inicial (R-1)

1. Se establecieron puntos de recompensa (unas tarjetas blancas de 8×10 cm con la denominación 1, 2, 3, 5 o 10 y las palabras «puntos de recompensa» escritas a mano en una cara de la tarjeta) como fichas intercambiables por cosas de uso frecuente, pero que la paciente no podía conseguir en el Centro (rulos, papel de escribir, sellos). También podía conseguir otras cosas especiales (películas, paseos) a cambio de un número especificado de puntos de recompensa. Más tarde, pudo usar estos mismos puntos de recompensa para comprar cosas de los almacenes locales o del catálogo de Sears & Roebuck.

2. La paciente ganaba los puntos de recompensa cada mañana inmediatamente después de que la pesaran, según esta proporción:

a) Un punto de recompensa por mantener el peso de la mañana anterior.
b) Un punto de recompensa por cada aumento de peso de 0,1 kg.
c) Si había pérdida de peso, se rehusaban los puntos de recompensa hasta que se volvía a ganar el peso perdido.

Sistema de recompensa intermedio (R-2)

El sistema de recompensa inicial se terminó el día doce. A partir de entonces, los puntos de recompensa se hicieron contingentes a la cantidad de comida ingerida durante las tres comidas anteriores. El personal de la cocina registraba la comida ingerida en cada comida; se les aconsejó que la observaran a la hora de comer en vez de registrar la comida ingerida basándose en lo que quedara en su bandeja. Esto era para garantizar que se registrara la comida realmente consumida y no la guardada o puesta en el plato de otra niña.

Sistema de recompensa final (R-3) (R-4)

El día 35, se atribuyó a cada alimento el valor específico en puntos de recompensa que aparece en la Tabla 1. Los puntos de recompensa eran administrados inmediatamente después de la terminación de cada comida en vez de después de cada tres comidas. Una enfermera, encargada de observar a la paciente en aquella comida específica, registraba los alimentos consumidos en un pequeño bloc blanco. Al terminar la comida, mostraba a la paciente lo que había registrado, y luego le daba los puntos de recompensa ganados en aquella comida. Los puntos de recompensa se podían cambiar por objetos de los almacenes locales o del catálogo de Sears & Roebuck (R-3).

TABLA 1. Programa de puntos para las horas de comer.

Líquidos		Platos principales		Postres	
Leche (8 oz)	2	Panecillo	1	Bizcocho	1
Zumo naranja (6 oz)	2	Cereales	2	Helado	2
Sopa (bol)	2	Huevo (uno)	2	Pudding	2
Zumo tomate (6 oz)	2	Hamburguesa	4	Tostada con jalea	2
		Carne o pescado (ración entera)	4		
		Ensalada	2		
		Patatas o arroz	2		
		Sandwich	4		
		Fiambres	2		
		Rebanada de pan	1		

El día 58, se modificó el sistema final de recompensa (R-4). Además de poderse utilizar los puntos de recompensa para comprar objetos materiales, podían usarse para comprar días extraordinarios de visita a casa en base a la escala móvil que presentamos en la Tabla 2. La visita a casa se podía conseguir de la siguiente manera. La paciente podía ir a su casa cada semana el sábado por la tarde, a las seis, regresando el martes siguiente, a las nueve y media de la mañana, con independencia del número de puntos de recompensa que hubiera ganado. Sin embargo, los puntos de recompensa obtenidos a la hora de comer podían cambiarse por días extraordinarios de visita a casa (sólo días enteros), que le permitían marcharse el viernes por la tarde, el jueves por la tarde, etcétera, según el número de días extraordinarios de visita a casa que hubiera ganado. Siempre volvía al Centro el martes por la mañana, porque era más conveniente para sus padres. Dimos a la paciente una copia del programa y le explicamos el sistema detalladamente.

TABLA 2. Programa de visitas a casa ganadas.

Peso (kg)	Número de horas requeridas para ganar un día de visita a casa*
29.0	14
29.5	12
30.0	10
30.5	9
31.0	8
31.5	7
32.0	5
35.0	3
39.0	2

* Los puntos ganados a la hora de comer se convertirán en horas extraordinarias de visita a casa según la proporción de una hora por cada quince puntos ganados. Todos los puntos ganados durante la semana deben convertirse en horas extraordinarias de visita a casa. Las horas no usadas porque sólo puedan convertirse en una parte de día de visita a casa pueden servir para la semana siguiente.

Contacto con los padres

Después de ingresada la paciente, veíamos a sus padres una hora a la semana para darles la información necesaria para modificar su conducta. Las entrevistas tenían un doble propósito: 1) Enseñar a los padres el programa de modificación de la conducta que se estaba empleando en el Centro; 2) Instruirles en los métodos que serían más eficaces para hacer la transición entre el centro de tratamiento y la comunidad.

Durante las visitas a casa fueron introduciendo gradualmente a la paciente a individuos y actividades dentro de la comunidad. Inicialmente, hacía breves incursiones en el centro comercial local, y las visitas a parientes eran de corta duración. Más tarde se alargaron las visitas, y

gradualmente se le permitió verse con más amigas y parientes. Posteriormente fue a la iglesia con sus padres, a la escuela dominical, y, finalmente, hizo visitas a su escuela pública justo antes de ser dada de alta.

RESULTADOS

La figura 1 muestra el efecto del programa de reforzamiento sobre el peso de la paciente. Un día después de la puesta en práctica del Sistema de Recompensa Inicial (R-1), empezó a aumentar el peso. Sin embargo, pronto se observó que este aumento de peso era debido a que la paciente se metía objetos pesados en la ropa, y

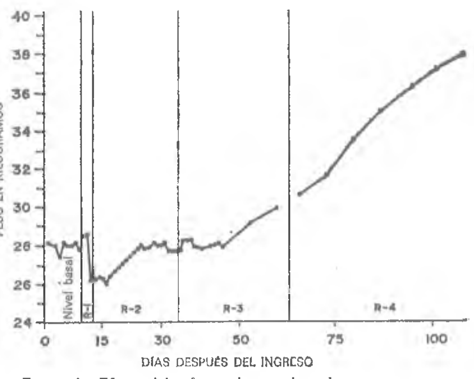


FIGURA 1. Efecto del reforzamiento sobre el peso en un caso de anorexia nervosa.

a que llevaba prendas de vestir cada vez más numerosas y más pesadas. A partir de entonces se la pesó desnuda.

La figura 2 indica el número de puntos de recompensa ganados por comida ingerida, una medida que es paralela aproximadamente al valor calórico de la comida ingerida cada día. El Sistema de Recompensa Intermedio (R-2)

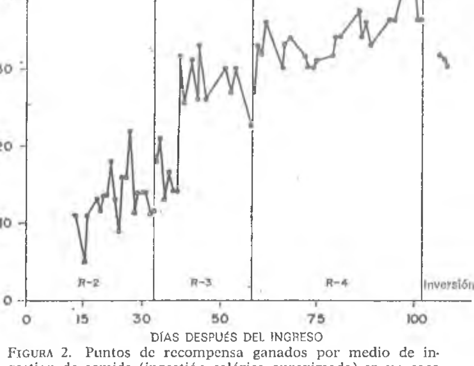


FIGURA 2. Puntos de recompensa ganados por medio de ingestion de comida (ingestión calórica aproximada) en un caso de anorexia nervosa.

empezó el día 12. Después de una meseta inicial, tanto la cantidad de comida ingerida (fig. 2) como el peso (fig. 1) aumentaron significativamente. Después de diez días de aumento regular de peso, volvió a aparecer una meseta.

El Sistema de Recompensa Final (R-3) se llevó a la práctica a partir del día 34 después del ingreso. Se atribuyó a todos los alimentos un valor traducido en puntos de recompensa sobre la base de su valor calórico aproximado (tabla 1), y los puntos de recompensa se hicieron contingentes a alimentos específicos ingeridos en cada comida. En una semana hubo un notable aumento de comida ingerida, seguido de un aumento de peso varios días después. Este Sistema de Recompensa Final se modificó el día 58, a partir del cual los días extraordinarios de visita a casa se hicieron contingentes a los puntos de recompensa ganados a la hora de comer, además de los objetos materiales que la paciente pudo conseguir desde el principio (tabla 2). Al cabo de dos días se notó un aumento significativo en la cantidad de comida ingerida, y esto fue seguido de un incremento en la tasa del aumento de peso subsiguiente. La cantidad de comida ingerida se mantuvo en este nivel hasta el día 108, cuando se dijo a la paciente que iba a ser dada de alta el fin de semana siguiente. Durante los tres días siguientes disminuyó la cantidad de comida ingerida. Cinco meses después del alta, continuaba ganando peso al ritmo de una libra al mes.

COMENTARIO

Los resultados indican que un sistema de reforzamiento positivo a base de fichas (en forma de puntos de recompensa intercambiables por objetos materiales y visitas a casa) contingentes a la cantidad de comida ingerida es un método eficaz para aumentar la tasa de ingestión en la anorexia nerviosa. El hecho de que al principio no aumentara la tasa de ingestión mediante la administración de puntos de recompensa contingentes a unidades muy pequeñas de aumento de peso, se debió a que el aumento de peso, grande o pequeño, está demasiado alejado de la conducta de comer. Más tarde, cuando los puntos de recompensa se administraron contingentemente a la cantidad de comida ingerida, aumentaron tanto la comida inge-

rida como el peso. Hubo tres niveles diferentes de tasa de ingestión, cada uno de ellos significativamente más alto que el precedente; y cada aumento vino después de unas intervenciones que aumentaban la inmediatez o la cantidad de reforzamiento posterior a la conducta de comer. Inicialmente, la cantidad de comida ingerida aumentó cuando se administraron puntos de recompensa (cambiables por objetos materiales y privilegios especiales) contingentemente a la cantidad de comida ingerida cada día. La tasa de ingestión volvió a aumentar cuando los puntos de recompensa se administraron inmediatamente después de cada comida, siendo asignado a cada alimento un valor específico traducible en puntos de recompensa. Finalmente, se observó un aumento significativo en la ingestión de comida al dar a los puntos de recompensa un valor adicional: el de ser cambiables por días extraordinarios de visita a casa además de por los objetos materiales. Aunque no se hizo ningún intento de invertir los procedimientos, se observó que, de hecho, la tasa de ingestión disminuyó inmediatamente después de decírsele a la paciente que iban a darla de alta el fin de semana siguiente (ya no serían necesarios puntos de recompensa para ganarse la visita a casa).

Este estudio pone de manifiesto la utilidad del reforzamiento positivo para aumentar la tasa de ingestión en la anorexia nervosa cuando se superpone un sistema de reforzamiento mediante fichas a los reforzadores existentes en el ambiente. Bachrach y cols. (1965) y Leitenberg (1968) emplearon el reforzamiento positivo para aumentar la tasa de ingestión; sin embargo, ambos retiraron del entorno del paciente todos los reforzadores existentes antes de empezar los procedimientos experimentales. En el presente estudio, durante el curso del experimento estuvieron presentes la mayor parte de las actividades potencialmente reforzantes del Centro (terapia ocupacional, fiestas, escuela, actividades de escultismo, terapia de apoyo, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

Bachrach, A. J., Erwin, W. J. y Mohr, P. J. (1965) The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. En *Case Studies in Behavior Modification* (Eds. L. P. Ullmann y L. Krasner). Holt, Rinehart & Winston, New York.

Barlow, D. H., Agras, W. S. y Leitenberg, H. (1967) Control of classic neurotic «symptoms» through reinforcement and non-reinforcement (September, 1967). Association for advancement of Behavioral Therapies, Washington, D. C.

Ferster, C. B., Nurnberger, J. I. y Levitt, E. B. (1962) The control of eating. *J. Mathetic, 1,* 87-110.

Leitenberg, H., Agras, W. S. y Thomson, L. E. (1968) A sequential analysis of the effects of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 211-218.

ANOREXIA NERVOSA ADOLESCENTE TRATADA POR MEDIO DE LA DESENSIBILIZACIÓN *

EDWIN A. HALLSTEN, Jr.+

Galesburg State Research Hospital, Galesburg, Illinois, U.S.A. ++

Resumen: Se describe un caso de evitación patológica de la comida en una niña de doce años de acuerdo con los principios de la teoría del aprendizaje. Un tratamiento conductual relevante tuvo éxito inmediato, logrando eliminar el trastorno y restablecer los hábitos normales del comer. Cinco meses de seguimiento después de la terminación del tratamiento indicaron que no se habían producido recaídas ni sustitución de síntomas.

La anorexia nervosa es un patrón de conducta desadaptada que ha sido formulado y tratado de diferentes maneras. Noyes y Kolb (1958) lo sitúan entre los trastornos psicofisiológicos y observan que «El síntoma de esta reacción es una persistente falta de apetito, o, mejor dicho, un disgusto por la comida, con vómitos si ésta es forzada». Fenichel (1945) dice: «Puede ser un síntoma his-

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1965, 3, 87-91. Copyright 1965 con autorización de Pergamon Press Publishing Company y de Edwin A. Hallsten, Jr.

+ Mi agradecimiento al Dr. Leonard P. Ullmann, de la Universidad de Illinois, por su inteligente y considerable ayuda en la preparación de este manuscrito.

++ Este trabajo se preparó mientras el autor era estudiante en la Universidad de Illinois y realizaba un internado clínico en el Galesburg State Research Hospital.

térico que exprese el miedo a un embarazo percibido oralmente o a unos deseos sádicos inconscientes. Puede ser parte de una formación de reacción ascética en una neurosis compulsiva. Puede ser un efecto equivalente en una depresión...» Gardner (1959), hablando específicamente de la anorexia en adolescentes, dice: «Todo el trabajo intensivo psicoterapéutico y psicoanalítico con estos adolescentes parece indicar que la fuerza motivadora central y más poderosa para hacer dieta hasta el punto de provocar una demacración extrema es el deseo por parte de estos adolescentes de paralizar el crecimiento fisiológico en la esfera sexual, y, por consiguiente, continuar negando su identificación con miembros de su propio sexo».

En la literatura sobre el tema figuran tratamientos tan extremos como el de la lobotomía prefrontal (Carmody y Vibber, 1952). Sin embargo, lo más típico es que el tratamiento tienda a seguir el régimen sugerido por Noyes y Kolb (1958): «El tratamiento consiste en una psicoterapia, junto con un esfuerzo para mejorar la adaptación total de la personalidad. Durante el tratamiento debe evitarse generalmente cualquier referencia a la anorexia. La atención personal íntima, incluido el dar la comida a cucharadas, puede ser eficaz para conseguir que el paciente coma normalmente. Son aconsejables pequeñas dosis de insulina».

Hay otra visión de la anorexia crónica, que deriva de las aplicaciones clínicas de las teorías del aprendizaje psicológico. Lang (1965), Bachrach, Erwin y Mohr (1965) y White (1959) han tenido éxito en el tratamiento del síntoma con técnicas conductuales. Ullmann y Krasner (1965) enuncian concisamente la tesis central de este enfoque, señalando que toda conducta, tanto si es adaptada como si es desadaptada, se adquiere y se mantiene o cambia siguiendo esencialmente las mismas normas. Esta adquisición, conservación y cambio sigue fielmente los principios que han sido formulados y probados experimentalmente en los laboratorios de psicología experimental.

El caso de anorexia nerviosa del que informamos aquí tiene tres facetas interesantes, como mínimo. Prime-

ro, demuestra el supuesto central de la terapia de la conducta de que las leyes que rigen el comportamiento desadaptado son las mismas que rigen la conducta adaptada. Segundo, que sepa el autor, es el primer caso en que la anorexia nervosa ha sido tratada con éxito con la técnica de desensibilización creada y popularizada por Wolpe (1958). Tercero, tiene interés porque la paciente es una niña de doce años, y la mayor parte de las aplicaciones de esta técnica se han hecho en adultos.

PROBLEMA

Ann era una niña de doce años que ingresó en el Hospital de Investigación Estatal de Galesburg el 2 de septiembre de 1964, con un peso de 25'600 kg y una altura de 1'42 m. Esto supone aproximadamente 11 kg por debajo del peso normal para su edad y altura. Aunque la paciente era ambulatoria, sus fuentes de energía estaban gravemente limitadas y se la veía demacrada. Tres años antes del ingreso pesaba 40 kilos, y sus compañeras de escuela la llamaban «Fatty». Se trataba de una alumna excelente, y se puso a estudiar la nutrición, preparando una dieta de mil calorías diarias que fue aprobada, con un suplemento de vitaminas, por el pediatra de cabecera. La paciente siguió la dieta y empezó a perder peso, y continuó siguiéndola, a pesar de las súplicas, los esfuerzos de persuasión y los castigos de sus padres, hasta que fue necesario hospitalizarla. En abril de 1964 se le practicó una amplia exploración física que dio resultados esencialmente negativos (salvo en su peso, inferior a lo normal). Durante el verano ingresó dos veces en un hospital general para ser tratada de esta anorexia. En estas ocasiones el tratamiento consistió principalmente en alimentación forzada, real o con amenazas. Al volver a casa, se restablecía casi inmediatamente el patrón anterior de comida, sumamente selectivo. Finalmente, la llevaron a un neurólogo, que recomendó que la llevaran a un hospital, psiquiátrico.

Era sabido que Ann experimentaba dos miedos irracionales. Uno era una fobia a las tormentas de suficiente magnitud para resultar muy perturbadora para la vida familiar durante los días tormentosos o sombríos. Esto empezó después de una visita a un área que había sido devastada recientemente, y de forma total, por un tornado. El segundo era el miedo a aumentar de peso o ponerse gorda que la había llevado a aquella dieta tan severa. No tenía miedo a la comida, sino sólo a los alimentos que estaban asociados con aumentos de peso. Comía carnes magras, ensaladas, etc. Ocasionalmente, tanto en el hospital como en su casa, Ann comía y luego se provocaba una regurgitación de la comida para impedir que tuviera su efecto tan temido. Y no es que Ann tuviera miedo a crecer, porque a menudo indicaba que lo que ella quería era ser alta y esbelta. Al parecer, se trataba específicamente de miedo a engordar. En el tratamiento de contracondicionamiento se partió del supuesto de que este miedo a engordar había surgido cuando la paciente era obesa. La dieta y las gratificaciones consiguientes redujeron este miedo, y por lo tanto resultaron reforzantes. Al principio, cuando empezó a perder peso, se produjeron muchas recompensas positivas por parte de la familia y las amigas, que dieron aún más fuerza al vínculo. Sin embargo, al cabo de un tiempo, la conducta que había adquirido como una respuesta adaptada a los alimentos que aumentaban el peso se convirtió en desadaptada cuando su peso empezó a disminuir por debajo de los niveles normales. Ahora la paciente empezó a encontrar castigo y pérdida de afecto a medida que aumentaba la preocupación de la familia y las amigas. Este rechazo y esta censura generaron ansiedad en Ann. Entonces, al parecer, no consiguió hacer la importante discriminación entre las diferentes contingencias que habían dado lugar al mismo tipo de experiencia subjetiva. Generalizó de la situación anterior (censura por ser demasiado gorda) a la última (censura por ser demasiado delgada), y respondió a ésta con los medios de eliminación del temor que habían sido tan eficaces en el caso del miedo anterior. Esta respuesta

«eliminadora de ansiedad» era la evitación de la comida y el sentir la necesidad de adelgazar todavía más. No aprendió efectivamente la ineficacia de esta respuesta en la nueva situación. La razón más probable de este bloqueo es el aumento de ansiedad y miedo, ampliados a proporciones patológicas por su incapacidad para afrontarlos eficazmente. El tratamiento del que damos cuenta aquí dio por supuesto que asociar la ingestión de alimentos engordantes con una situación incompatible con el miedo o la ansiedad debilitaría la asociación ansiógena lo suficiente como para permitir la discriminación deseada. La vinculación de la relajación con la ingestión de alimentos engordantes sería esta asociación incompatible.

TRATAMIENTO Y RESULTADOS

En la reunión de equipo que tuvo lugar el día 23 después de su ingreso, se hicieron dos recomendaciones principales para el tratamiento. La primera fue restringir las visitas de parientes y hacerlas contingentes a los aumentos de peso que se produjeran, a razón de una visita por cada aumento de peso de dos libras. Este programa tenía que llevarlo a cabo el personal de la unidad conjuntamente. La segunda recomendación fue emplear una técnica de inhibición recíproca o contracondicionamiento para atacar el miedo asociado con el aumento de peso y el engorde. Esta doble recomendación fue infortunada, desde el punto de vista de la investigación, porque confundía dos métodos, aunque ambas recomendaciones implicaban enfoques de tratamiento esencialmente conductuales, muy diferentes de los métodos tradicionales. Sin embargo, su puesta en práctica y el patrón de efectos sobre la conducta de comer mitigaron la confusión en gran medida. Cinco días después de la decisión del equipo (día 28) se informó a la paciente de que las visitas se restringirían y, a partir de entonces, serían contingentes a su aumento de peso. La fig. 1 ilustra que no hubo ningún cambio de peso sig-



FIGURA 1. Gráfica de peso que muestra la relación entre los cambios de peso, las visitas de miembros de la familia, y el tratamiento de desensibilización.

nificativo después de esta información. El peso de Ann se mantuvo bastante estable —26'500 kg— hasta el día 37.

El tratamiento de los miedos de Ann por medio del contracondicionamiento empezó el día 27 después de su ingreso. La primera sesión consistió en explicarle simplemente la estrategia del tratamiento y luego en entrenarla en el uso de la modificación hecha por Paul (1964) de la técnica de relajación de Jacobsen (1938). La estrategia básica era la descrita por Wolpe (1958) bajo el nombre de desensibilización sistemática.

Se decidió que el primero de los dos miedos de Ann que se trataría sería el miedo a las tormentas. Se comprendió que era el menos difícil y el que más probablemente nos proporcionaría un éxito, con el consiguiente aumento de confianza en el tratamiento. Por consiguiente, se hizo una jerarquía de las situaciones relevantes para el miedo a las tormentas siguiendo el procedimiento de Wolpe. Esta jerarquía se llegó a dominar totalmente al final de la tercera sesión, el día 34 de su hospitalización.

Hasta entonces no había habido ningún cambio en su conducta de comer ni en su peso.

Mientras tanto, el programa de restricción de las visitas familiares no se había llevado a la práctica en realidad, a pesar de la amenaza. Los miembros de la familia continuaban haciendo visitas, como indican los círculos negros en la fig. 1. Se dio a la paciente su primer pase para salir del hospital los días 31 y 32, sin ningún cambio observable en el peso ni en la conducta de comer. El día 35 se informó a la madre de que los miembros de la familia sólo podrían visitarla con autorización del hospital, y que ésta dependería del aumento de peso de la paciente. A pesar de todo, el día 39 tuvo lugar otra visita sin el requerido aumento de peso y sin que se hiciera ninguna invitación ni se concediera ningún permiso especial.

En la cuarta sesión de terapia, el día 36, se empezó a trabajar en lo referente al miedo a aumentar de peso. Se ordenó a la paciente que se relajara como había aprendido a hacerlo en las sesiones anteriores. Ella lo hizo fácilmente. Entonces se le dijo que se imaginara una situación particularmente cómoda en su casa. Con pasos cuidadosamente controlados, luego se le dijo que imaginara que la llamaban a la mesa, que estaba sentada a la mesa, que comía, que comía alimentos específicamente engordantes, que le gustaban, que había comido, y que luego iba al espejo del dormitorio de su madre y se daba cuenta de que estaba aumentando de peso. En ninguno de estos pasos hubo ningún signo de ansiedad ni ningún cambio observable en el estado relajado del cuerpo.

Aquella noche, según dijeron las enfermeras, comió toda la cena. Al día siguiente (día 37), la enfermera encargada observó un notable cambio en el apetito y en la conducta de comer en todas las comidas. Aquella tarde Ann pesaba una libra más, y fue aumentando de peso de forma más o menos regular tanto en el hospital como en casa. Ahora tiene un peso normal para su edad y su altura.

En las siguientes sesiones de tratamiento, la jerarquía se repitió, se intensificó y se amplió hasta incluir una

situación en la que sus compañeras se reían de ella porque volvía a engordar. Después de la sesión 6, el tratamiento se redujo de dos veces a una vez por semana, y continuó hasta un total de doce sesiones, todas ellas de menos de una hora de duración.

En pocas semanas empezaron a aparecer, lenta pero espontáneamente, cambios en su personalidad, y la comunicación con sus padres y con los miembros de su familia mejoró mucho. No se prestó atención a nigún supuesto dinámico sobre cómo había surgido el problema de la comida, y nunca se hizo referencia a ello. Ann, al salir del hospital, era capaz de hablar bastante libremente sobre el hecho de no haber querido comer, pero todavía se sentía ligeramente perpleja cuando se le preguntaba por qué había permitido que aquello se convirtiera en una cuestión tan perturbadora en casa.

La decisión posterior del equipo de hacer participar a la familia en una terapia de grupo familiar introdujo un elemento de confusión a la hora de calibrar los efectos a largo plazo. Sin embargo, hay buenas razones para creer que los hábitos de comer habrían permanecido normales en casa incluso sin esta terapia. En primer lugar, todas las imágenes en el tratamiento se habían centrado en la situación familiar y no en la situación del hospital. En segundo lugar, la conducta de comer y los aumentos de peso persistieron sin reducciones ni interferencias en varios fines de semana de visita a casa y durante una estancia en casa de diez días, en los que Ann tuvo un ataque de gripe y sufrió la muerte de un pariente próximo. Esto fue antes de introducir la terapia de grupo familiar. El control llevado a cabo cinco meses después de ser dada de alta indicó que los patrones de comida continuaban siendo normales y que Ann había hecho una buena readaptación a su situación en casa y en la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

Bachrach, A. J., Erwin, W. J. y Mohr, J. P. (1965) The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning

techniques. En *Case Studies in Behavior Modification* (Editors, L. P. Ullmann y L. Krasner). Holt, Rinehart y Winston, New York.

Carmody, J. T. y Vibber, F. M. (1952) Anorexia nervosa treated by prefrontal lobotomy. *Ann. intern. Med. 36*, 647.

Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, p. 176. W. W. Norton, New York.

Gardner, G. E. (1959) Psychiatric problems of adolescence. En *American Handbook of Psychiatry* (Editors S. Arieti), p. 878. Vol. 1. Basic Books, New Yord.

Jacobsen, E. (1938) *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago.

Lang, P. J. (1965) Behavior therapy with a case of nervous anorexia. En *Case Studies in Behavior Modification* (Editors, L. P. Ullmann y L. Krasner). Holt, Rinehart y Winston, New York.

Noyes, A. P. y Kolb, L. C. (1958) *Modern Clinical Psychiatry*, pp. 464 y 465. W. B. Saunders, Philadelphia.

Paul, G. L. (1964) Effects of insight, desensitization, and attention-placebo treatment of anxiety: An approach to outcome research in psychotherapy. Unpublisher doctoral dissertation, University of Illinois.

Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1965) Introduction. En *Case Studies in Behavior Modification* (Eds. L. P. Ullmann y L. Krasner). Holt, Rinehart y Winston, New York.

White, J. G. (1959) The use of learning theory in the psychological treatment of children. *J. clin. Psychol. 15*, 227-229.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford, Calif.

FACTORES CLÁSICOS Y OPERANTES EN EL TRATAMIENTO DE UNA FOBIA ESCOLAR *+

ARNOLD A. LAZARUS,++ GERALD C. DAVISON y DAVID A. POLEFKA

Universidad de Stanford

Resumen: Que nosotros sepamos, este informe es el primero que reconoce las ventajas de emplear procedimientos de condicionamiento, tanto clásico como operante, en el tratamiento de un caso neurótico. Se creó un modelo que parecía tener valor heurístico. Cuando la conducta de evitación está motivada por altos niveles de ansiedad, se requieren técnicas de contracondicionamiento clásico; cuando la ansiedad es mínima, y la conducta de evitación parece mantenida por varios reforzadores secundarios, deben aplicarse estrategias operantes. Además, este trabajo indica que la práctica de intercambiar terapeutas no sólo no perturbó o impidió el progreso terapéutico, sino que tuvo algunas ventajas claras.

Aunque la aplicación metódica de la «teoría del aprendizaje» a problemas clínicos está muy extendida, la literatura sobre este tema refleja una división básica. Wolpe

* Reproducido de *Journal of Abnormal Psychology*, junio 1965, 70, 3, 225-229. Copyright 1965, con autorización de la American Psychological Association, Inc., y del Dr. A. A. Lazarus.

+ Pueden obtenerse ejemplares escribiendo al segundo autor, a la Universidad de Stanford.

++ Ahora en el Departamento de Psicología, Yale University, New Haven, Conn.

(1958) y Eysenck (1960) representan el uso del paradigma del condicionamiento clásico en el tratamiento de los trastornos neuróticos, mientras que Lindsley y Skinner (1954), King, Merrell, Lovinger y Denny (1957), y Ferster (1961) son el ejemplo del uso del condicionamiento operante en el tratamiento de la conducta psicótica. Basándose en el supuesto de que en todos los procesos terapéuticos intervienen tanto «operantes» como «respondientes», los autores formularon la hipótesis de que el uso deliberado y estratégico de los procedimientos de condicionamiento clásico y operante tendría mayor efecto terapéutico que el contar exclusivamente con técnicas derivadas de uno de los dos procedimientos. La utilidad terapéutica de este argumento se hizo obvia en el tratamiento de un niño gravemente perturbado (no psicótico) con una fobia escolar.

En la «terapia de la conducta», la estrategia consiste esencialmente en introducir unas contingencias de reforzamiento que fomenten la aparición de patrones de respuesta no desviados. Esto puede conseguirse aparejando el reforzador con un *estímulo* (como ocurre en el condicionamiento clásico) y/o haciendo que el reforzador sea contingente a una *respuesta* (como ocurre en el condicionamiento operante). Con la excepción de la afortunada aplicación de técnicas predominantemente operantes a un niño con fobia escolar llevada a cabo por Patterson (1965), hasta ahora el tratamiento de las fobias infantiles con métodos de condicionamiento se ha basado casi exclusivamente en el paradigma clásico (Bentler, 1962; Jones, 1924; Lazarus, 1960; Lazarus y Abramovitz, 1962; Lazarus y Rachman, 1957; Wolpe, 1958). Podría argüirse, sin embargo, que algunos de los investigadores nombrados antes hicieran uso de la rúbrica operante sin advertirlo. En un caso al que aluden Lazarus y Abramovitz (1962), por ejemplo, un niño con «amplias áreas de perturbación» no se benefició de la terapia de contracondicionamiento y requirió un «tratamiento terapéutico más amplio». De hecho, el principal soporte terapéutico en este caso equivalió a persuadir a los padres para que alteraran deter-

minadas acciones suyas que estaban manteniendo las respuestas desviadas de su hijo (esto es, una estrategia operante). Luego, al volverse a aplicar las técnicas de contracondicionamiento, hubo una rápida recuperación. El presente trabajo pretende ilustrar cómo el uso deliberado (y no inadvertido) de estos dos modelos teóricos en fases cruciales del tratamiento demostró ser terapéuticamente expeditivo.

ESTUDIO DEL CASO

Historia del problema

Cuando lo llevaron a la consulta, Paul, de nueve años, llevaba tres semanas ausente de la escuela. Las vacaciones de verano habían terminado seis semanas antes, y al entrar en el cuarto grado, Paul había evitado la situación de clase. Le habían encontrado a menudo escondido en el vestuario, y luego había empezado a pasar cada día menos tiempo en la escuela. A partir de entonces, ni las amenazas, ni los incentivos, ni los castigos habían podido inducirle a volver a la escuela.

La historia de Paul revelaba una serie de episodios similares. Durante su primer día de parvulario consiguió escalar un muro muy alto y huyó a casa. Su maestra de primer grado consideraba que estaba «perturbado». La primera vez que surgieron dificultades serias en cuanto a la asistencia a la escuela fue cuando Paul empezó el segundo grado en una escuela parroquial. Se alegó que la maestra de segundo grado que, según Paul, «parecía una bruja», generalmente intimidaba a los niños y no era reacia al castigo físico.[1] Paul informó retrospectivamente a sus padres de que sentía como si «el diablo estuviera en la clase». En esta etapa manifestaba cada vez menos deseos de ir a la escuela y al final se negó totalmente a ir.

[1] Finalmente, tras las vehementes quejas de muchos padres, esta maestra fue despedida.

Se consultó a un psiquiatra y dicen que aconsejó a los padres que usaran la coacción, después de lo cual Paul fue literalmente arrastrado chillando a la escuela por un vigilante de la misma. Paul hablaba con especial amargura de su experiencia con el psiquiatra. «No hicimos más que hablar y luego vino el vigilante.» En el tercer grado, Paul fue trasladado a la escuela pública del barrio, donde pasó un año sin problemas en manos de una maestra sumamente amable.

Historia familiar

Paul era el cuarto de ocho hijos, el primer varón, en una familia católica ortodoxa y devota. Sus hermanas tenían catorce, trece, once, siete y seis años, respectivamente; sus dos hermanos tenían, uno ocho años, y el otro dos años y medio. El padre era un ingeniero electrónico de humor muy cambiante y ansiosamente ambicioso, que tenía la intuición de que sus inseguridades subjetivas por culpa del trabajo interferían en el hogar. Rigurosamente ordenancista —«Yo llevo firmemente el timón»—, castigaba impulsivamente cualquier acto que se desviara de sus niveles de perfeccionismo, por poco que fuera. Consideraba importante que Paul, de todos los niños, fuera el más sensible a sus cambios de humor, y se describía a sí mismo como «especialmente unido a Paul», aunque comentaba que «él casi nunca me dice cosas». Llevado por su deseo de proteger a su familia de los azares cotidianos, era dado a subrayar ciertas consecuencias extremas: «No toques esta bombilla fluorescente, hijo; ¡tiene veneno y te matará!»

La madre, aunque claramente afectuosa y menos rígida y exigente que su marido, se esforzaba por responder a sus ocho hijos sin mostrar preferencias. Sin embargo, recalcó que «Paul me crispa los nervios» y afirmó que discutían frecuentemente en ausencia del padre. Siempre había encontrado a Paul «menos cariñoso» que sus hermanos. Cuando él tenía dos años, ella lo dejaba fuera de

casa y cerraba la puerta, «para desarrollar su independencia». Es importante señalar que esto ocurrió inmediatamente después del nacimiento de su primer hermano. En general, ella tendía a ser inconstante en la administración de recompensas y castigos. Los tests psicométricos indicaron que Paul no estaba seguro de si una respuesta dada provocaría críticas y rechazo o amable atención por parte de su madre. No obstante, era evidente que Paul estaba deseando que su madre le dedicara algo más de su tiempo, tan sumamente racionado.

El niño era pequeño y de aspecto frágil. Aunque se mostraba reticente, esencialmente retraído y algo distante, era capaz de un vigor y una autoafirmación inesperados cuando se decidía a participar en actividades deportivas. Desde el principio, el terapeuta se fijó en sus reacciones lábiles y expresivas ante todos los estímulos que supusieran estrés. Su incomodidad subjetiva podía calibrarse fácilmente por sus respuestas, claramente discernibles. A medida que aumentaba la magnitud de la ansidad, había una progresión concomitante de signos claros, aumento de la reticencia, encorvamiento, constricción general de movimiento, ojos empañados en lágrimas, suave temblor, palidez pronunciada, que culminaban en sollozos e inmovilidad. Como se verá más adelante, estos indicios emocionales fueron cruciales para seleccionar las estrategias terapéuticas adecuadas.

Una serie de acontecimientos específicamente traumáticos comenzó cuando, a los cinco años, estuvo a punto de ahogarse. Hacia el final del tercer grado, se le practicó una apendicectomía muy grave con complicaciones críticas, que fue seguida de varias experiencias postoperatorias dolorosas en el consultorio del médico. Durante uno de estos reconocimientos, explicaba Paul amargamente, sus padres le habían dejado solo. Poco después de recuperarse de la operación, vio cómo se ahogaba una persona, cosa que le trastornó considerablemente. Después de empezar el cuarto grado, la muerte repentina de una niña de doce años, que había sido amiga íntima de su hermana mayor, afectó profundamente a toda la familia. También

vale la pena señalar que el padre de Paul experimentó un estrés personal en su situación laboral durante el turbulento segundo grado del niño, e inmediatamente antes del cuarto grado. Finalmente, al parecer, Paul se había intimidado cuando su hermana mayor le había advertido que el cuarto grado de la escuela era particularmente difícil.

Procedimiento terapéutico

Después de la entrevista inicial, fue evidente que la fobia escolar de Paul era el patrón de respuesta más perturbador de un niño generalmente desconcertado e intimidado. Aunque las entrevistas siguientes revelaron el cúmulo de tensiones familiares, crisis situacionales y acontecimientos específicamente traumáticos antes mencionados, el objetivo terapéutico inicial fue el de restaurar la asistencia normal a la escuela. No obstante, era evidente que la situación familiar en general, y, más particularmente, ciertas actuaciones erróneas de los padres, requerirían en último término una intervención terapéutica.

Se abandonó la aplicación de varias técnicas propias del consultorio (p. ej., la desensibilización sistemática),[2] debido a la tendencia del niño a la respuesta inarticulada y aquiescente. Era obvio que sus comunicaciones verbales respondían a su deseo de suscitar aprobación y no describían sus verdaderos sentimientos. Por lo tanto, se empleó la desensibilización *in vivo* como principal estrategia terapéutica.

La escuela estaba situada a dos manzanas y media de su casa. Lo habitual era que Paul saliera de casa a las 8.30 de la mañana para llegar a la escuela a las 8.40. El primer recreo era de 10 a 10.30; el almuerzo, de 12 a 1; y las clases terminaban a las 3.30. Cuando se inició la

[2] La desensibilización sistemática supone la presentación de unas situaciones cuidadosamente graduadas, que son subjetivamente nocivas, a la imaginación de un paciente profundamente relajado, hasta que los hechos personalmente más acongojantes ya no provoquen ansiedad (*ver* Wolpe, 1961).

terapia, el niño estaba muy hosco y abatido por las mañanas (según decían los padres), no quería desayunar, raras veces se vestía solo, y daba más muestras de temor a medida que se acercaban las 8.30. Los intentos de los padres por tranquilizarle, engatusarle o coaccionarle sólo provocaban sollozos y todavía más retraimiento.

Por consiguiente, el niño fue expuesto a los siguientes pasos, cada vez más difíciles, que abarcaban las principales dimensiones de su fobia escolar:

1. Un domingo por la tarde, acompañado por los terapeutas, dio un paseo desde su casa hasta la escuela. Los terapeutas pudieron aliviar la ansiedad de Paul por medio de la distracción y del humor, de manera que esta exposición fue relativamente agradable.

2. Los dos días siguientes, a las 8.30 de la mañana, acompañado por uno de los terapeutas, fue desde su casa hasta la escuela. Esta vez también se redujeron los sentimientos de ansiedad de Paul a base de engatusarle, animarle, relajarle y utilizar «imágenes emocionales» (esto es, la representación deliberada de imágenes subjetivamente agradables, tales como Navidad o una excursión a Disneylandia, relacionándolas con la situación escolar; *ver* Lazarus y Abramovitz, 1962). Aproximadamente pasaron quince minutos dando vueltas alrededor de la escuela, después de lo cual Paul volvió a casa.

3. Una vez terminadas las clases del día en la escuela, el terapeuta pudo convencer al niño para que entrara en la clase y se sentara en su pupitre. Entonces representaron, jugando, parte de la rutina normal de la escuela.

4. Las tres mañanas siguientes, el terapeuta acompañó al niño a la clase con los demás niños. Charlaron con la maestra, y se fueron inmediatamente después de los primeros ejercicios.

5. Una semana después de empezar este programa, Paul pasó toda la mañana en clase. El terapeuta se sentó en la clase y sonreía aprobadoramente a Paul siempre que éste interactuaba con sus compañeros o con la maestra. Después de comer, participó activamente en un juego de pelota, y volvió a casa con el terapeuta a las 12.30. (Dado

que durante toda la semana se celebraron las reuniones de padres y maestros, se interrumpieron las clases de la tarde.)

6. Dos días más tarde, cuando Paul y el terapeuta llegaron a la escuela, el niño se alineó con los demás niños y permitió que el terapeuta le esperara dentro de la clase. Ésta fue la primera vez que Paul no insistió en tener constantemente al terapeuta al alcance de su vista.

7. A partir de entonces, el terapeuta se sentó en la biblioteca de la escuela, que estaba contigua a la clase.

8. Entonces se acordó que el terapeuta se iría a las 2.30, y Paul pasaría solo la última hora de escuela.

9. Al día siguiente, Paul permaneció solo en la escuela desde la 1.45 hasta las 2.45. (Aquel mismo día, el terapeuta había intentado dejar solo al niño desde las 10 hasta las 12, sin conseguirlo.)

10. En vez de ir a buscar al niño a casa, el terapeuta quedó en encontrarse con él a la puerta de la escuela a las 8.30. Paul también consintió en quedarse solo en la escuela desde las 10.45 hasta las 12, siempre que el terapeuta volviera para comer con él. A la 1.45, el terapeuta volvió a marcharse, prometiendo que, si el niño se quedaba hasta que acabara la escuela (3.30), más tarde haría una visita a Paul y tocaría la guitarra para él.

11. Algunos retrocesos ocasionales hicieron necesario decir a la madre del niño que no le dejara entrar en casa durante las horas de escuela. Además, pedimos a la maestra que proporcionara trabajos especiales al niño para aumentar su participación activa y hacerle más atractiva la escuela.

12. Pedimos al médico de la familia que prescribiera un tranquilizante suave para que el niño se lo tomara al despertarse y así redujera su ansiedad anticipatoria.

13. Después de encontrarse con el niño por las mañanas, el terapeuta le fue dejando solo en la escuela durante períodos de tiempo cada vez más largos. Después de seis días de este procedimiento, el terapeuta pudo dejarlo a las 10 de la mañana.

14. El terapeuta aseguró al niño que estaría en la

sala de profesores hasta las 10 de la mañana, si era necesario. Así pues, el niño fue a la escuela sabiendo que el terapeuta estaba presente, pero sin verlo en realidad.

15. Con el consentimiento de Paul, el terapeuta llegó a la escuela poco *después* de que el niño entrara en la clase a las 8.40.

16. La asistencia a la escuela, independientemente de la presencia del terapeuta, se consiguió por medio de recompensas específicas (un tebeo y fichas de distintos colores que al final podría cambiar por un guante de béisbol) contingentes a su entrada en la escuela y su permanencia allí solo. Tenía libertad para telefonear al terapeuta por la mañana si quería que viniera a la escuela, en cuyo caso perdía sus recompensas del día.

17. Dado que la presencia del terapeuta parecía tener como mínimo tanto valor reforzante como los tebeos y las fichas, fue necesario requerir la cooperación de la madre para llevar a cabo la retirada final del terapeuta. La disminución global de la ansiedad del niño, junto con las mejoras producidas en la situación familiar, hicieron factible, terapéuticamente, que la madre insistiera en el hecho de que la asistencia a la escuela era obligatoria, y de que al final el niño acabaría siendo obligado a asistir a ella por agentes sociales que estaban fuera del control de los terapeutas y los padres.

18. Aproximadamente tres semanas más tarde, Paul había acumulado las fichas necesarias para tener su guante de béisbol. Entonces convino con sus padres en que ya no eran necesarias recompensas de este tipo.

IMPLICACIONES TEÓRICAS

No hay que inferir que la mejora siguiera una progresión suave y monotónica. A lo largo de todo el programa de tratamiento, que duró cuatro meses y medio, se produjeron numerosos retrocesos de diferentes grados de gravedad. Estos episodios se enfocaron de forma diferente, dependiendo de la valoración que hiciera el terapeuta de

la ansiedad del niño en aquellos momentos, y de la medida en que considerara que el niño había dominado los pasos terapéuticos anteriores.

Se hizo evidente que la fobia escolar se componía de dos factores distintos: a) una conducta de evitación motivada por un intenso miedo a la situación escolar, y b) una conducta de evitación mantenida por diferentes reforzadores secundarios, principalmente la atención de los padres, hermanos y terapeutas. Durante las fases iniciales de la terapia, el alto nivel de ansiedad del niño obligó a usar métodos de inhibición recíproca (Wolpe, 1958). Los terapeutas inhibieron activamente la ansiedad del niño provocada por diferentes aspectos del marco escolar (como en el paso 2 de la jerarquía). Las etapas posteriores de la terapia se caracterizaron por una disminución en la ansiedad general de Paul sin una disminución concomitante de la conducta de evitación. Después del paso 15, la ansiedad del niño era mínima. A partir de entonces se eligió una estrategia operante que hiciera contingentes diferentes recompensas a la asistencia a la escuela.

Un modelo propuesto

Aunque en las últimas fases del tratamiento se hizo claramente discernible la división entre procedimientos clásicos y operantes, surgieron muchas situaciones que requerían la elección deliberada de uno u otro paradigma. Se creó un modelo para determinar cuándo era probable que resultara máximamente eficaz cada uno de ellos. Por ejemplo, en varias ocasiones, Paul salió de la clase, entró en la biblioteca y dijo al terapeuta: «Estoy asustado». En aquellos momentos la elección de estrategia era crucial. En términos estrictamente operantes, el intento activo de reducir la ansiedad por medio de la atención y la tranquilización reforzaría la conducta de salir de la clase. Por otra parte, el paradigma clásico diría que suspender la atención inmediata y hacerla contingente a que vol-

viera a la clase aumentaría la ansiedad del niño y reforzaría la conducta de evitación. El factor crítico para determinar el procedimiento adecuado fue el grado de ansiedad, en opinión del terapeuta.

Un uso inadecuado del modelo operante podía resultar antiterapéutico. Si el nivel de ansiedad es muy alto, volver a exponer prematuramente al sujeto a la situación temida probablemente provocará un aumento de la sensibilidad. Además, si este nivel elevado de ansiedad lleva a otra respuesta de huida, la reducción de ansiedad resultante fortalecerá las respuestas de evitación (en este caso, la conducta de salir de la clase). También se razonó que, cuando estuviera muy ansioso, el niño sería incapaz de atender a la maestra, de interactuar con sus compañeros y de producir cualquier otra de las respuestas que ordinariamente reducían su ansiedad.

Un uso inadecuado del modelo clásico también impediría el progreso terapéutico. Los actos mismos de inducir una relajación, emplear «imágenes emocionales», y tranquilizar, pueden proporcionar un reforzamiento positivo para la conducta dependiente. Las dificultades antes mencionadas para pasar de una fase a otra pueden atribuirse a este posible efecto secundario de la desensibilización *in vivo*. Sin embargo, las mejoras que se consiguen cuando disminuyen los altos niveles de ansiedad superan temporalmente a las desventajas del aumento de dependencia.

COMENTARIO

Podría argüirse que se dedicó una cantidad desproporcionada de tiempo y esfuerzo para conseguir el principal objetivo terapéutico, a saber, la asistencia normal a la escuela. Sin embargo, hay casos urgentes que están incapacitados neuróticamente y pueden someterse a técnicas de entrevista, y que parece que requieren una intervención terapéutica más allá de los confines del consultorio. Recalquemos que la fobia escolar en un niño es un problema casi tan apremiante y perturbador como los temores ocupacionales en un adulto.

Dado que la terapia *in vivo* exige que el terapeuta dedique mucho tiempo al asunto, el mayor de los autores decidió solicitar la asistencia de dos estudiantes graduados en psicología clínica (los coautores). Durante la primera exposición a la escuela (*ver* paso 1), Paul rápidamente cogió afecto a uno de los terapeutas (G. C. D.). Dado que la aplicación de los métodos de inhibición recíproca lógicamente se ve facilitada por los efectos inhibidores de la ansiedad no específica propios de una «buena relación» (Lazarus, 1961), este terapeuta llevó a cabo los ocho primeros pasos. A partir de entonces, la elección de terapeuta vino determinada en parte por los compromisos académicos y clínicos de los respectivos autores. Muy significativamente, el cambio constante de terapeutas ocasionó muy pocos problemas. A menudo resultó claramente ventajoso poder alternar los terapeutas; después de un retroceso, se descubrió que era útil cambiar de terapeuta para compensar los efectos negativos de ser asociado con experiencias sensibilizadoras.

El uso accesorio de un tranquilizante, al parecer, tuvo un valor terapéutico limitado. Inicialmente, pareció reducir la ansiedad anticipada del niño, pero la ausencia de efectos negativos siempre que éste se olvidó de tomarlo sugiere que un placebo habría sido igualmente eficaz.

Los terapeutas se mantuvieron en comunicación constante con los padres, a quienes animaron a que telefonearan siempre que surgieran situaciones críticas. Tan pronto como se restauró más o menos la asistencia normal a la escuela (paso 14), los terapeutas convocaron una «reunión de familia». Principalmente, se explicaron al padre las indicaciones de sus tendencias rigoristas y restrictivas, y a la madre las de sus actitudes contradictorias y ambivalentes. Se redactó y comentó una larga lista de conductas específicas a practicar y a evitar. Aparte de algunos puntos de desacuerdo poco importantes, los padres respondieron de forma inteligente y receptiva, y luego siguieron muchas de las recomendaciones.

Según dijo la madre, la conducta de Paul también mejoró en áreas ajenas a la situación escolar. Refirió que

habían disminuido notablemente sus cambios de humor, había aumentado su voluntad de participar en las tareas de la casa, congeniaba más con sus compañeros, y se bastaba más a sí mismo.

Diez meses después de la terminación de la terapia, una indagación de seguimiento reveló que Paul no sólo había mantenido sus logros, sino que había hecho más progresos.

BIBLIOGRAFÍA

Bentler, P. M. An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1962, *3*, 185-189.

Eysenck, H. J. (Ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*. New York: Pergamon Press, 1960.

Ferster, C. B. Positive reinforcement and behavioral deficits in autistic children. *Child Development*, 1961, *32*, 437-456.

Jones, Mary C. Elimination of childre'ns fears. *Journal of Experimental Psychology*, 1924, *7*, 383-390.

King, G. F., Merrell, D., Lovinger, E. y Denny, M. Operant motor behavior in acute schizophrenics. *Journal of Personality*, 1957, *25*, 317-326.

Lazarus, A. A. The elimination of children's phobias by deconditioning. En H. J. Eysenk (Ed.), *Behaviour therapy and the neuroses*. New York: Pergamon Press, 1960.

Lazarus, A. A. Group therapy of phobic disorders by sistematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, *63*, 504-510.

Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 1962, *108*, 191-195.

Lazarus, A. A. y Rachman, S. The use of systematic desensitization in psychotherapy. *South African Medical Journal*, 1957, *31*, 334-337.

Lindsley, O. R. y Skinner, B. F. A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *American Psychologist*, 1954, *9*, 419-420.

Patterson, G. R. A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. En L. P. Ullmann y L. Krasner (Eds.), *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1965.

Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford: Stanford University Press, 1958.
Wolpe, J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 1961, *132,* 189-203.

CONTROL DE OTRAS RESPUESTAS DESADAPTADAS

ELIMINACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES DE LA CONDUCTA PIRÓMANA EN UN NIÑO DE SIETE AÑOS *

CORNELIUS J. HOLAND

Universidad de Windsor, Windsor, Ontario, Canadá

Resumen: Este trabajo informa sobre un método que resultó eficaz para el tratamiento de un problema de conducta grave y persistente, en un tiempo breve. El método utilizó eficazmente reforzamiento positivo y la amenaza de castigo por pérdida para eliminar en un niño un hábito pirómano que manifestaba desde hacía dos años.

INFORME DEL CASO

Robert era un niño de siete años, el mayor de tres hermanos, cuyos padres llegaron a una clínica psiquiátrica enviados por un médico privado para recibir aconsejamiento por dificultades familiares, la más aflictiva de las cuales era el hábito de Robert de encender fuegos en la casa. Dado que, de momento, no había terapeutas infantiles disponibles, apuntaron a Robert en una lista de espera, pero sus padres, ambos con estudios secundarios,

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1969, 7, 135-137. Copyright 1969, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. Cornelius J. Holland.

entraron en un grupo de matrimonios donde se comentaban dificultades conyugales y familiares. El autor era el terapeuta del grupo y vio a la pareja durante un año aproximadamente, una vez por semana. El autor no vio al niño.

Pronto se hizo evidente que el problema de la piromanía estaba alcanzando proporciones cada vez más graves por lo que respectaba a frecuencia y posibilidad de desastre para la familia. Tres meses después de que los padres empezaran a asistir al grupo, Robert encendía fuego una o dos veces por semana. Generalmente lo hacía durante las mañanas de los fines de semana, siempre que tenía cerillas a mano y los padres estaban todavía en cama o fuera de casa. Las cerillas estaban sueltas por la casa, o Robert las encontraba por la calle y las escondía hasta que surgía una oportunidad. Los castigos —por ejemplo, pegarle, encerrarle en su cuarto o tocarle con un objeto recién quemado— sólo daban resultado durante períodos cortos. Para entonces los padres se sentían impotentes, pero especialmente la madre estaba tan exasperada que ella y Robert se manifestaban muy poco afecto, y, al parecer, se evitaban lo más posible. La madre veía al niño como un deber opresivo y sus sentimientos de impotencia y rabia le hacían difícil expresar nada positivo de cara a su hijo. Sus intentos para controlar la conducta del niño eran casi exclusivamente a base de aversión. El padre era capaz de ser afectuoso, pero sus sentimientos de impotencia para afrontar el problema a menudo daban lugar a arrebatos de ira y castigo físico. Entonces el autor decidió intentar una intervención más activa y vio a los padres cinco veces a solas después de la sesión de grupo.

El problema se conceptualizó de la siguiente manera:

1. Obviamente, algún reforzador estaba manteniendo la conducta. El reforzador no llegó a determinarse, aunque se nos ocurrieron muchas posibilidades, algunas sugeridas por la historia psicológica y social del niño, que podían servir para la especulación.

2. La conducta sólo se producía bajo condiciones dis-

criminativas de presencia de cerillas y ausencia de los padres.

3. Un objetivo fue convertir la conducta de encender fuego en una situación discriminativa para un castigo eficaz, eliminando así la conducta.

4. Un segundo objetivo fue reforzar la operante de sacar cerillas en presencia de los padres cuando los padres estaban disponibles. Esto, evidentemente, evitaría los incendios.

5. Un tercer objetivo fue reforzar la conducta de no encender cuando había cerillas disponibles, pero los padres no estaban presentes para administrar reforzadores. Este objetivo iba encaminado a controlar la conducta de Robert de prender fuego en el vecindario, o en casa cuando no estaban los padres.

PROCEDIMIENTOS

Puesto que la madre albergaba pocas esperanzas en el cambio de Robert e, inicialmente, no quiso participar, el padre llevó a la práctica el siguiente programa.

1. Robert acababa de recibir un guante de béisbol nuevo que él valoraba mucho. El padre dijo a Robert que si volvía a encender fuego perdería el guante irrevocablemente. El padre dijo que lo regalaría o lo destruiría en presencia de Robert. Era de esperar que esta amenaza tan drástica para Robert provocara una fuerte supresión de la conducta lo bastante larga como para instituir la conducta de adaptación. Esta esperanza se cumplió. Esta táctica se utilizó, además, para ayudar a convertir el encender fuego en una situación discriminativa para una pérdida significativa.

2. Al mismo tiempo, el padre dijo a Robert que, si encontraba cerillas o cajas de cerillas por la casa, tenía que llevárselas a él inmediatamente. Aquella misma tarde, el padre dejó ostensiblemente sobre una mesa una caja vacía. Se partía del supuesto de que ésta era de poco valor para Robert, o sea que la obediencia a las órdenes del

padre se produciría fácilmente. Cuando Robert llevó la caja vacía, el padre le dio inmediatamente cinco centavos y le dijo que podía ir a la tienda y gastárselos, cosa que el niño hizo. Estas instrucciones se dieron para aumentar las propiedades reforzantes del dinero que Robert iba a recibir durante el programa. Durante la misma tarde, y en tardes sucesivas, el padre fue dejando por la casa cajas de cerillas, que Robert le llevaba rápidamente. Robert fue sometido a un programa de reforzamiento continuo durante unos ocho ensayos, con diferentes magnitudes de reforzadores, entre uno y diez centavos. Durante esta fase del programa se le dijo, además, que no esperara recibir dinero cada vez. Al cabo de poco, la conducta deseada se estaba produciendo a una frecuencia tan alta que el niño guardaba las cerillas o las cajas que encontraba fuera durante el día y se las llevaba al padre cuando éste volvía del trabajo. Por entonces la madre se interesó por el programa y empezó a reforzar a Robert cuando éste le traía cerillas, aunque decía que encontraba algo difícil recompensar al niño por una conducta incompatible con lo que «no debía haber hecho en primer lugar».

3. Quedaba la posibilidad de que Robert encontrara cerillas fuera de casa, cuando los padres no estaban disponibles para administrar reforzadores. Se inició un procedimiento para reforzar la conducta de no encender (o cualquier cosa menos encender) una vez se creyó que la conducta de entregar las cerillas ya estaba firmemente establecida. El procedimiento utilizado fue un conflicto aproximación-aproximación. Una tarde, alrededor de una semana después del inicio del programa, el padre dijo a Robert que podía encender todas las cerillas de una caja, si quería, bajo su supervisión. Además, el padre colocó veinte peniques junto a la caja y dijo a Robert que, por cada cerilla que no encendiera, recibiría un penique. Y viceversa: quitaría un penique por cada cerilla usada. El resultado del primer ensayo fue que Robert encendió diez cerillas y recibió diez peniques. En el segundo ensayo, la tarde siguiente, Robert ganó diecisiete peniques, y en el tercer ensayo, veinte peniques. A partir de entonces, Ro-

bert dejó de encender cerillas sistemáticamente. Entonces el padre dijo a Robert que no sabría lo que iba a recibir si no encendía una cerilla, y en los siguientes ensayos, la recompensa varió desde cero hasta diez centavos.

4. A lo largo de este programa se dieron instrucciones al padre (probablemente lo habría hecho sin que se le dijera) para que diera reforzadores sociales con las recompensas monetarias, para que la conducta deseada se sometiera al control de un reforzador más relevante.

RESULTADOS

Las tres primeras semanas del programa se dedicaron a desarrollar los procedimientos, mientras que las dos restantes se dedicaron a hacer modificaciones de menor importancia y a comentar los progresos. El padre inició el programa al final de la segunda semana, y al llegar a la quinta semana, el hábito estaba eliminado. Los padres siguieron en el grupo hasta que el autor se fue de la ciudad, ocho meses más tarde. Durante este período no volvió a presentarse la conducta, ni en casa ni el vecindario, que se sepa. Durante el resto de los meses se observó que, sin más guía, el padre aplicaba un programa de razón variable al dinero-reforzador.

Se produjeron resultados secundarios inesperados pero gratificantes. La madre estaba sorprendida con los cambios que observaba y participó en alguna medida en los procedimiento descritos antes. Además, empezó a aplicar algunos de los principios por sí misma a algunos problemas derivados de la desobediencia de Robert. Aunque no se creó un programa para este problema, la madre resultó eficaz a la hora de aplicar los principios con los resultados deseados. Además, para entonces, los procedimientos se habían convertido en tema de conversación en el grupo y esto era muy interesante y suponía un gran apoyo para la madre. Al aumentar su sensación de estar enfocando debidamente la conducta problemática, empezó a relajar su control aversivo y fue capaz de expresar afecto a Robert, cosa que ocurría raramente anteriormente.

COMENTARIO

La posibilidad de replicar los resultados obtenidos en este caso no puede desecharse a la ligera (*ver* Russo, 1964; Wahler, Winkel, Peterson y Morrison, 1965). Por ejemplo, poco después de este caso, el autor tuvo la oportunidad de trabajar con otro grupo de padres (cuatro parejas), todos los cuales venían a la clínica por problemas de sus hijos: mentiras «patológicas», desobediencia, hiperactividad, agresión contra los hermanos. Después del éxito obtenido con Robert y otros casos, definió a este último como un grupo de aconsejamiento paterno directivo, aplicó principios operantes sistemáticamente al análisis de los problemas, enseñó a los padres procedimientos para remediarlos, y obtuvo un éxito similar. A veces resultaba embarazoso comentar con el resto del equipo médico los cambios producidos por los padres en un niño. Después de mucha preparación preliminar por parte de las asistentas sociales, de toda una elaboración psicológica, una evaluación psiquiátrica, las consiguientes deliberaciones del equipo, las especulaciones e interpretaciones, y la laguna resultante —a menudo inmensa— entre diagnóstico y tratamiento, el problema podía controlarse en un período de tiempo relativamente breve, en unas semanas o unos meses. Aunque es necesaria mucha investigación en esta área —por ejemplo, el estudio de las variables de personalidades de los padres que permitan predecir más éxito con este método—, promete contribuir como mínimo a la mejora del déficit existente en una importante área de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Russo, S. Adaptations in behavioural therapy with children. *Behav. Res & Therapy*, 1964, 2, 43-47.

Wahler, R. G., Winkel, G. H., Peterson, R. F. y Morrison, D. C. Mothers as behaviour therapists for their own children. *Behav. Res. & Therap,* 1965, *3* 113-124.

PROGRAMA MARATONIANO PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE UNA NIÑA CON MUTISMO SELECTIVO *

JOHN B. REID, NANCY HAWKINS, CAROLIN KEUTZER, SHIRLEY A. McNEAL, RICHARD E. PHELPS, KATHLEEN M. REID y HAYDEN L. MEES +

Clínica Psicológica, Universidad de Oregón, Oregón. EE. UU.

Resumen: Se describe una técnica de reforzamiento y atenuación de estímulos utilizada para generalizar el habla en una niña con mutismo selectivo. Siete terapeutas, dos niñas y la madre de la niña trabajaron en diferentes combinaciones secuenciales y en grupo en un programa de tratamiento de un día de duración.

HISTORIA DEL CASO

Sally, de seis años, no hablaba más que con su familia inmediata, y ni siquiera con un miembro de la familia cuando estaba presente un extraño. La mera visión de un

* Reproducido de *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 27-30. Copyright 1967, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. J. B. Reid.

+ J. B. Reid está ahora en la Universidad de Wisconsin, Madison, Wisconsin, y H. L. Mees en la Universidad de Seattle, Seattle, Washington.

extraño convertía su actividad normal en silenciosa preocupación. Su médico de cabecera la envió a la Clínica Psicológica para que se le hiciera una evalución y un tratamiento. Aunque su mutismo y retraimiento habían causado innumerables inconvenientes (p. ej., cuando iba a ver al doctor, o cuando iba a comprar zapatos), el problema se hizo más importante al aproximarse a la edad de la escuela elemental. Habían fracasado todos los intentos para hacerla hablar que habían llevado a cabo sus padres, las maestras de la guardería y del parvulario, y sus compañeras de juegos. Ni las dificultades, ni la coacción, ni los incentivos afectaban a su conducta verbal.

Físicamente, Sally era frágil y parecía sumamente asustada y tensa en presencia de otros. Tenía una larga historia de problemas médicos, derivados de un defecto cardíaco congénito, que requería reconocimientos y pruebas orgánicas regulares, algunas muy dolorosas. Esta limitación física probablemente inhibió el desarrollo de su capacidad de interacción social y verbal normal. Aunque participaba en la mayoría de tipos de juego, se cansaba fácilmente, y por consiguiente pasaba la mayor parte del tiempo en casa, con su madre.

ENTREVISTAS PREVIAS AL TRATAMIENTO

Antes del programa de tratamiento hubo tres entrevistas con la madre de Sally. Habló dos veces con un terapeuta sobre la historia y el desarrollo de Sally, y una vez con todo el equipo terapéutico, para establecer una relación de trabajo cómoda y discutir los planes para su participación en el programa de tratamiento. La madre de Sally estaba dispuesta a cooperar y parecía muy preocupada por el bienestar de su hija. No se hizo ningún intento sistemático de evaluar la dinámica de la familia ni el estado psicológico de los padres.

Vimos a Sally con su madre en dos ocasiones, dentro de una situación típica de sala de juegos. Estos encuentros tuvieron lugar para determinar si hablaría a un terapeuta

en presencia de su madre, y si se la podía persuadir para que hablara utilizando procedimientos clínicos comunes, como el de las marionetas o el juego libre.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El tratamiento se llevó a cabo en una sala de juegos, donde sólo había una mesa y sillas. Una cámara de observación contigua estaba equipada con una ventana-espía, un magnetófono y un teléfono interior para controlar las sesiones.

El plan de tratamiento se basaba en el supuesto de que la presencia de extraños suscitaba respuestas incompatibles con el habla. Las conductas parecían respuestas de miedo y ansiedad, retraimiento e inmovilidad. Para modificar estas conductas se consideraron apropiadas las técnicas de desensibilización o similares a las utilizadas por Jones (1924), Wolpe (1958) y Wolf y cols. (1964).

Trajeron a Sally a la Clínica, sin desayunar, a las 8 de la mañana. Su madre puso el desayuno sobre la mesa de la sala de juegos, cortando en pedacitos una tostada y un plátano. En estos momentos el objetivo era que su madre estableciera una tasa constante de habla, haciendo que Sally pidiera trocitos de comida. Sally y su madre estaban solas en la habitación, en ese instante. Cada treinta segundos, un golpecito en la ventana de observación señalaba a la madre que debía preguntar a Sally si quería un trocito de comida. Para recibirlo, la niña tenía que hacer una petición verbal adecuada, identificando la comida. Si no había respuesta, la madre tenía que esperar al siguiente golpecito y volver a preguntar. Esta fase del programa duró cinco minutos y medio, es decir, once ensayos, durante los cuales Sally respondió siempre apropiadamente con verbalizaciones que iban desde «zumo de naranja» hasta «por favor, mamá, me gustaría tomar cereales».

El segundo paso del programa consistió en introducir gradualmente a otra persona (E_1) en la sala de juegos mientras Sally continuaba pidiendo comida. E_1, que era

varón, fue desde la entrada hasta una de las sillas que había junto a la mesa dando pasos de un metro, aproximadamente, cada uno. E_1 se situó en diez posiciones, fingiendo leer una revista. El criterio que seguía para trasladarse a cada posición más próxima era, como mínimo, el de cuatro respuestas apropiadas consecutivas de Sally. Se requería un total de 43 respuestas para que E_1 fuera desde la entrada hasta su silla junto a la mesa. Sally sólo falló en un ensayo de esta fase, y sus respuestas verbales se ampliaron desde una media de 1.7 palabras en los diez primeros ensayos hasta una de 2.6 palabras en los diez últimos. Así pues, en realidad se volvió más verbal a medida que E_1 fue introduciéndose en la habitación. Luego hubo una breve pausa para descansar y hacer planes.

Después de la pausa, Sally, su madre y E_1 volvieron a sentarse junto a la mesa. No fue necesario pasar por el proceso de atenuación para que Sally volviera a hablar con su madre en presencia de E_1. Sin embargo, no hablaba con E_1. La madre continuó preguntándole si quería comida a intervalos de treinta segundos.

La tercera fase consistió en modelar a Sally para que mirara, atendiera y respondiera a E_1. Esto se consiguió introduciendo gradualmente a E_1 en la interacción madre-niña de la siguiente manera. Al oírse la señal de los treinta segundos, E_1 preguntó a la madre: «¿Por qué no pregunta a Sally si le gustaría comer otro trozo?» La madre preguntó, y Sally respondió. Después de dos ensayos, E_1 preguntó directamente a Sally: «¿Quieres algo más?» Sally respondió apropiadamente. A partir de entonces, E_1 preguntó a Sally, cada treinta segundos, si quería comer otro trozo. Se observó que, aunque Sally respondía a E_1, no le miraba. Después de diez ensayos, E_1 trasladó su silla, poniéndola directamente frente a Sally, para que ésta tuviera que mirarle al pedir comida. Quince ensayos después del principio de esta fase, E_1 ya podía desarrollar una conversación con Sally, limitada y sumamente estructurada. El procedimiento continuó durante veinticinco ensayos más. La niña no respondió en dos ocasiones, pero cuando su madre repitió las preguntas, Sally respondió

adecuadamente. Esta fase logró los objetivos fijados para este día, pues Sally, por primera vez, estaba hablando con un extraño.[1] Hubo otro período de descanso para planear un programa de generalización.

La madre y E_1 volvieron a la situación, y E_1 continuó dando de comer a Sally y hablando con ella. Entonces E_2, una terapeuta, fue introduciéndose en la habitación en etapas dos veces mayores que las que había usado E_1. En siete minutos, o sea en catorce ensayos, E_2 llegó a sentarse a la mesa, mientras Sally continuaba respondiendo a E_1.

Después de otra pausa, durante la cual se retiró el desayuno, se ideó una situación de prueba para ver si las respuestas verbales se generalizaban a un extraño no introducido atenuadamente, y que no usara el incentivo de la comida. Cuando Sally y su madre volvieron a entrar en la habitación, había un terapeuta (E_3) sentado a la mesa. La madre lo presentó diciendo que era «el doctor». Inmediatamente, E_3 hizo preguntas a Sally sobre sí misma y sobre un rompecabezas que le interesaba. Ella jugó con el rompecabezas, encajó piezas, pero evitó responder o establecer contacto visual con E_3. Finalmente, después de unos tres minutos, Sally respondió a una pregunta sobre una pieza del rompecabezas. Quince segundos más tarde se produjo otra respuesta, y luego las respuestas continuaron con una tasa bastante rápida. E_3 le hacía preguntas cada vez más difíciles, le pedía que nombrara partes del rompecabezas y describiera sus piezas. Luego se usó un libro de cuentos y Sally describió el «Conejo Peter». Finalmente, surgió el tema de la comida, y se produjeron varias respuestas sobre preferencias en esta materia. La tasa de respuestas nunca fue alta, pero Sally respondió a numerosas preguntas y salió gustosamente de la habitación-

---

[1] La eficacia del programa, al conseguir que Sally hablara con E_1, al parecer fue una función de asociar gradualmente a E_1 (estímulo previamente ineficaz, en lo que se refiere a suscitar el habla en Sally) con la madre y la comida reforzante (suscitadores históricamente eficaces del habla de Sally). A medida que se fortalecía esta asociación, E_1 se volvía eficaz a la hora de suscitar el habla de la niña.

ción con E_3 para ir a buscar una compañera de juegos. La prueba se consideró una demostración de la posibilidad de generalización a un extraño sin usar la técnica de la atenuación.

Al mediodía, Sally fue a comer a casa de otro miembro del equipo. Estuvo acompañada por dos Es femeninas y dos niñas pequeñas, una de un año, y la otra de tres y medio. No vaciló al dejar a su madre, pero apareció cierta aprensión cuando Sally entró en el automóvil. Nunca había visto a ninguna de las dos mujeres, pero la presencia de otras niñas probablemente la ayudó a entrar gustosamente en la situación. Pronto habló libremente con la niña de tres años y medio, y a lo largo de la comida continuó la conversación esporádica.

Al volver a la Clínica, Sally fue a la sala de juegos, donde estaba su madre, y entraron los siete terapeutas, junto con la compañera de juegos de Sally. Las niñas y E_3 se pusieron a jugar, nombrando colores, haciendo preguntas y ofreciendo caramelos. Entonces se introdujo un niño en el juego, pero Sally no interactuó con él. Dado que el niño también se mostró algo reacio a interactuar, no se estableció comunicación entre ellos y Sally se puso tensa hasta que terminó la sesión. Evidentemente, los caramelos no eran reforzadores poderosos tan inmediatamente después de comer.

SEGUIMIENTO

Dos semanas más tarde, Sally volvió a la Clínica para comprobar la duración de sus progresos en el habla. Sally conversó tranquilamente durante quince minutos en la sala de juegos con su madre y E_1. Entonces entró otro E en la habitación, y Sally inmediatamente se puso tensa y se retrajo, pero continuó hablando con E_1. Trajeron comida y el nuevo E le dio algo de desayuno; al cabo de siete minutos, ella hablaba libremente con él. Entró otro E, pero Sally no dejó de responder. Entonces este E se hizo cargo del desayuno, y Sally continuó respondiendo.

En esta segunda visita, la conducta de Sally fue cuali-

tativamente diferente. Se mostró libre y espontánea, iniciando temas de conversación y sin mostrar casi ninguno de sus temores típicos. Los Es con los que habló y jugó esta vez fueron dos a los que no había respondido anteriormente.

La semana siguiente tuvo lugar una tercera reunión. Una vez más, varios Es hablaron y jugaron con ella, pero no se usó comida. La madre dijo que Sally había empezado a hablar con personas no pertenecientes a la familia, por ejemplo, a la maestra de su escuela dominical y a amigos de la familia. Así pues, al parecer, la respuesta verbal se estaba generalizando fuera de la Clínica.

PLANES FUTUROS

Para ampliar este programa experimental y convertirlo en un programa de tratamiento continuado, hemos planeado una reprogramación de su ambiente social siguiendo las directrices de la adaptación de la técnica de Patterson (1965) hecha por Straughan (1965). Ésta consistirá en crear contingencias naturales para el reforzamiento de iniciativas verbales y respuestas a sus vecinos y compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

Jones, M. C. A laboratory study of fear: The case of Peter. *Ped. Semin.*, 1924, *31*, 308-315.

Patterson, G. R. An application of conditioning techniques to the control of a hyperactive child. En L. P. Ullmann y L. Krasner (Eds.), *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1965.

Straughan, J. Conditioning techniques with elective mutism and autism. Paper presented at a symposium, *Outpatient and Environmental Conditioning Techniques with Children*, biennial meeting of the Society for Research in Child Development, 1965, Minneapolis, Minnesota.

Wolf, M., Risley, T. y Mees, H. Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behav. Res. & Therapy*, 1964, *1*, 305-312.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Oxford University Press, London.

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA EN CLASE DE DELINCUENTES FEMENINAS ADOLESCENTES RECLUIDAS EN UNA INSTITUCIÓN *

DONALD H. MEICHENBAUM, KENNETH S. BOWERS y ROBERT R. ROSS

University of Waterloo and Ontario Reception and Diagnostic Center, Galt, Ontario

Resumen: Se utilizó una técnica evaluadora de muestras de tiempo muy fiable, que dicotomizaba la conducta en clase en las categorías de apropiada e inapropiada, en orden a valorar el comportamiento en clase de delincuentes femeninas adolescentes recluidas en una institución. Después de un período de nivel basal de dos semanas, se puso en práctica un procedimiento operante en el que se usó dinero como reforzador. Antes del tratamiento, las reclusas, comparadas con compañeras no reclusas, se comportaban de una forma significativamente menos apropiada en clase. Después de tres semanas de tratamiento, la conducta en clase de las reclusas era comparable a la de las no reclusas. Se examinaron ciertos problemas particulares y posibles soluciones a la hora de establecer un programa operante con adolescentes reclusas.

La eficacia de los procedimientos operantes para establecer y mantener una conducta apropiada en clase se ha

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1968, 6, 343-353. Copyright 1968, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y del Dr. D. H. Meichenbaum.

demostrado en niños con problemas conductuales (O'Leary y Becker, 1967; Quay, Werry, McQueen y Sprague, 1966) y en niños retraídos (Birnbrauer, Bijou, Wolf y Kidder, 1965; Birnbrauer, Wolf, Kidder y Tague, 1965; Birnbrauer y Lawler, 1964). El objetivo de establecer una conducta apropiada en clase es muy importante en el caso de delincuentes adolescentes recluidos en una institución, que cuenten con una larga historia y una alta incidencia de conducta inapropiada en clase. Los reforzadores sociales generalizados, tales como las alabanzas, la atención del profesor, y el feedback positivo, a menudo tienen efectos mínimos, o efectos negativos, sobre su conducta en clase. La conducta perturbadora muy marcada de los adolescentes internos en muchos casos excluye la posibilidad de que el profesor lleve a término un programa académico.

Los adolescentes reclusos son muy diferentes en muchos aspectos de los niños en edad escolar que han experimentado programas de reforzamiento en clase. Las niñas usadas en el presente programa respondían mucho más al reforzamiento inmediato que daban sus compañeras a la conducta inadecuada que al reforzamiento negativo inmediato dado por el profesor, o al reforzamiento negativo diferido y más duro administrado por los supervisores. La alta frecuencia y el gran valor del reforzamiento de las compañeras coincide con las observaciones de adolescentes recluidas en instituciones hechas por Buehler, Patterson y Furness (1966).

Otra característica de la conducta indeseable, en clase, de la delincuente recluida es que la naturaleza de tal conducta es muy variada topográficamente. A pesar de la variedad manifiesta de respuestas indeseables en clase, parece haber cierta equivalencia funcional de malas conductas aparentemente diversas. Una alumna puede intentar llamar la atención del profesor saliendo de clase, tirando lápices o tiza, o utilizando un lenguaje soez. Una consecuencia de la notable variedad de mala conducta que da lugar al mismo reforzamiento (p. ej., la atención del profesor) es que la extinción o el castigo de una respuesta particular (p. ej., decir palabras soeces) produce una dis-

minución inmediata de la frecuencia de esa respuesta y el aumento subsiguiente ,de otras respuestas inadecuadas (p. ej., arrojar objetos) que llevan al mismo reforzamiento. Así, pues, los delincuentes adolescentes plantean un problema para los procedimientos operantes que no se encuentra cuando se trabaja con poblaciones que manifiestan unidades de respuesta muy estereotipadas (p. ej., esquizofrénicos, niños autistas, retrasados). El presente estudio intenta tratar este problema clasificando la conducta en clase en dos categorías: adecuada e inadecuada, esperando que la adecuación de la conducta pueda definirse e identificarse de forma fiable en el contexto de una situación de clase. Una ventaja del esquema dicotómico de clasificación «adecuado-inadecuado», es que los delincuentes tienen pocas oportunidades de manipular a los observadores pasando de una clase de mala conducta a otra cuando descubren las contingencias pertinentes de respuesta-reforzamiento. Haciendo que toda conducta inadecuada sea funcionalmente equivalente en la medida en que dé lugar a la posposición o eliminación de las consecuencias deseadas, aprovechamos las ventajas del principio de la equivalencia funcional de la conducta, que de otro modo amenazaría con minar la eficacia del tratamiento. Además, teniendo en cuenta la relación inversa entre el número de las categorías diagnósticas y su fiabilidad, era razonable esperar una fiabilidad interobservadores muy alta (Miller y Bieri, 1963).

Las observaciones preliminares de la conducta en clase de estas adolescentes revelaron que, en la mayoría de los casos, en sus repertorios conductuales figuraba la conducta adecuada en clase, pero se emitía esporádicamente. Así, pues, el objetivo del tratamiento era mantener la conducta adecuada en clase en un nivel alto, y no modelar nuevas respuestas. Se examinó la eficacia relativa de diferentes programas de reforzamiento para mantener la conducta adecuada en clase. También se examinaron los efectos conductuales del tratamiento operante en una clase comparándolos con la conducta propia de otras clases no tratadas.

Los intentos de modificar la conducta en clase mediante procedimientos operantes se han caracterizado por un adiestramiento cuidadoso e intensivo de los profesores. El presente estudio intentó modificar la conducta en clase por medio de un reforzador potente (dinero) sin adiestrar a los profesores.

Para evaluar la eficacia global del programa de tratamiento operante, se utilizó a efectos comparativos un grupo de compañeras no internas que frecuentaban una escuela de un barrio cercano.

En resumen, la presente investigación se proponía: 1) demostrar la fiabilidad y eficacia de una clasificación dicotómica de la conducta para la evaluación del comportamiento en clase; 2) demostrar la eficacia del reforzamiento monetario sobre la adecuación de la conducta en clase de delincuentes femeninas adolescentes internas; 3) demostrar la eficacia diferencial de varios programas de reforzamiento sobre el cambio de la conducta; 4) comparar la conducta en clase de unas delincuentes femeninas adolescentes con la de compañeras normales de la misma edad antes y después del tratamiento.

MÉTODO

Sujetos

Los *S*s fueron diez delincuentes femeninas adolescentes internas en una unidad especial dentro de un complejo escolar. Cada chica había sido seleccionada entre la población total de internas en los reformatorios de Ontario, en función de su aparente incapacidad, para beneficiarse de un programa educativo. Las chicas habían resultado completamente ingobernables en sus casas, en hogares de adopción, en instituciones y reformatorios. Se las describía diciendo que eran manipuladoras, rebeldes, incontrolables, hostiles, agresivas y, a menudo, se utilizaba el término «psicópata adolescente» para aplicarles una etiqueta diagnóstica. La mayoría anteriormente habían tenido abundante contacto con psicólogos y psiquiatras, antes

de entrar en el reformatorio. Evidenciaban una variedad heterogénea de problemas de conducta: agresión, novillos sistemáticos, promiscuidad, fugas de instituciones, ademanes suicidas y vandalismo. Todas presentaban importantes problemas de disciplina en clase. Eran distraídas, desobedientes, insolentes y frecuentemente perturbaban la clase peleándose, jurando, charlando incesantemente, amenazando a los profesores, o simplemente marchándose de la clase. Todas arrastraban un retraso académico de un grado como mínimo, aunque intelectualmente la mayoría estaban dentro de la escala normal. Su media de edad era de 15 años 4 meses (D. E. = 1.18), y la duración media de su reclusión era de 240 días (D. E. = 76.32).

Las chicas estaban divididas en dos clases. En la Clase I (N = 4) trabajaban en el nivel de 8.º grado de enseñanza especial y consagraban la mayor parte del tiempo al trabajo académico. En la Clase II (N = 6) también trabajaban en el nivel de 8.º grado, pero consagraban el 20 % del tiempo a cursos comerciales, en los que aprendían mecanografía y técnicas de oficina. Para cada clase había dos profesores, uno por la mañana y otro por la tarde. Se hicieron dos observaciones, de 60 minutos cada una aproximadamente, en las clases de la mañana y dos en las clases de la tarde, en momentos diferentes, para tener una muestra de toda la conducta en clase. El estudio empezó a mitad de mayo, cuando pudimos disponer de cinco internos de psicología para iniciar la observación en clase, y duró hasta finales de junio, cuando terminó la escuela. El hecho de que el programa de modificación se llevara a la práctica estando tan adelantado ya el año escolar significa que había que superar una considerable historia de mala conducta habitual en un período de tiempo muy corto.

Las chicas estaban en la escuela seis horas diarias todos los días, excepto una tarde y una mañana por semana, en que participaban en sesiones de terapia de grupo o en grupos de costura. Las reuniones de terapia de grupo llevaban en marcha varios meses cuando se inició el presente estudio.

También se evaluó mediante observación un grupo de control de doce chicas no internas de una escuela de un barrio cercano. Se dijo a los profesores de esta escuela que dieran los nombres de doce chicas (cuatro con una conducta en clase media, cuatro por encima de la media y cuatro por debajo de la media). Fueron observadas dos horas diarias durante un período de dos semanas.

Observaciones

Un objetivo importante de este estudio consistió en desarrollar una técnica de observación altamente fiable que fuera sensible a los diversos tipos de conducta inadecuada manifiesta. Se usó una técnica de observación a base de muestras de tiempo. Las observaciones se hicieron durante diez segundos de observación propiamente dicha y diez segundos de registro. Durante el período de registro el observador indicaba si la conducta emitida durante el período de observación anterior era adecuada o inadecuada, y describía brevemente cualquier conducta inadecuada. Este procedimiento continuó hasta que se hubo observado a todas las chicas de la clase y luego se repitió a lo largo del período de observaciones, que duró una media de sesenta minutos. En un período de observación de una hora en una clase de seis chicas se hacían aproximadamente treinta observaciones de cada chica.

Se definió como conducta inadecuada en clase toda conducta que no fuera compatible con las tareas propuestas por el profesor, esto es, toda conducta no específica de la tarea. Si una chica, durante su período de diez segundos de observación, manifestaba una sola muestra de conducta no conducente a la ejecución académica, recibía la nota de «inadecuada». Una sola muestra de conducta inadecuada hacía que todo el período de diez segundos se calificara de inadecuado. Este criterio riguroso facilitó la fiabilidad y proporcionó un prueba rigurosa de la eficacia del presente programa de tratamiento.

La medida de observación a base de muestras de tiempo al principio produjo ciertos problemas. Las chicas

descubrieron rápidamente la secuencia temporal de las observaciones, y el hecho de que el O mirara a una chica en particular se convirtió en un estímulo discriminativo para comportarse correctamente sólo durante su período de diez segundos. De hecho, una chica que intentaba sabotear el programa aprendió a prever la secuencia de observaciones e intentó crear problemas a otras chicas durante sus respectivos períodos de observación de diez segundos. Afortunadamente, durante la fase de tratamiento, las otras chicas extinguieron el intento de esta S de crearles problemas. El uso de múltiples observadores y el hacer que la secuencia de observaciones se produjera al azar constituyeron dos medios para superar finalmente este pròblema.

Procedimiento

El proyecto constó de cuatro fases. La fase I fue el período de nivel basal, durante el cual los observadores obtuvieron tasas operantes de la conducta en clase de las chicas. Durante el período operante, los observadores estuvieron dos semanas en las clases. La primera semana la dedicaron a familiarizarse con la rutina de la clase, y a entrenar a unos tasadores para medir las observaciones. Las observaciones de la segunda semana proporcionaron las medidas del nivel basal. Al principio, las chicas intentaron repetidas veces interactuar con los Os, y los profesores dijeron que la conducta de clase de las chicas se deterioraba cuando estaban presentes los Os. Los Os ignoraron persistentemente a las chicas, y disminuyeron las interacciones de las chicas con ellos.

Se dijo a los profesores que continuaran enseñando igual que antes a lo largo del programa de investigación. No se intentó hacerles modificar sus métodos de enseñanza ni sus métodos de controlar a las chicas.

El proceso de tratamiento se inició en la fase II. Se dijo a las chicas que podían ganar dinero (reforzamiento) si se comportaban adecuadamente en la clase de la tarde. Se les dio la definición de conducta en clase adecuada e in-

adecuada y se les dieron varios ejemplos de ambas. Se les dijo que también serían observadas en las clases de la mañana, pero que su conducta en la clase de la mañana no afectaría al dinero que recibirían. También se mencionó la importancia general de desarrollar una conducta adecuada en clase y buenos hábitos de trabajo. En las clases de la tarde, cada diez minutos, la muchacha en cuestión recibía un papel de uno de los Os, en el que se indicaba el porcentaje de conducta adecuada (la frecuencia de la conducta adecuada en relación con el número total de observaciones hechas en un período de diez minutos, 100 veces). A lo largo del programa de tratamiento, cada chica visitaba diariamente a uno de los internos de psicología para los intercambios. Durante este período se decía a cada chica la cantidad de dinero que había ganado y la frecuencia de su conducta inadecuada en clase. Las chicas no recibían ningún feedback sobre su conducta en la clase de la mañana. Durante la Fase II del estudio, una chica podía ganar 2 dólares diarios si obtenía el 100 % de conducta adecuada en las observaciones realizadas durante la clase de la tarde. Se utilizó una escala de pagos diferencial (derivada logarítmicamente) de manera que un porcentaje alto dado de conducta adecuada (p. ej., el 100 %) era reforzado con una cantidad mucho mayor que el doble de la cantidad pagada por sólo un 50 % de conducta adecuada. Durante esta fase de tratamiento, una chica no podía perder dinero ya ganado, y el cero por ciento de conducta adecuada hacía que no ganara nada. El dinero se ingresaba en la cuenta de la chica al final de cada semana. Las muchachas tenían acceso al dinero los fines de semana. Para casi todas las chicas, la posibilidad de ganar 8 dólares semanales era un incentivo muy fuerte.

En la fase III se modificó ligeramente el enfoque del tratamiento. La clase de la tarde se trató en esta fase exactamente como en la fase II. Durante la fase III también se reforzó la conducta en clase adecuada en las clases de la mañana, que antes no se había tratado. Sin embargo, debido a las peticiones de las chicas de un feed-

back inmediato a base del dinero ganado, en la fase III se introdujo un cambio en el feedback. Los reforzadores secundarios, por ejemplo, las fichas, se han utilizado en muchos programas operantes. Sin embargo, hay que procurar evitar que el reforzamiento secundario esté demasiado distante del reforzamiento primario. Antes de la fase III, el feedback del porcentaje de conducta adecuada se tenía que traducir más tarde en valores monetarios. Finalmente, los recibos podían cambiarse por dinero cada fin de semana. La modificación del feedback en la fase III supuso un cortocircuito para este proceso. Se dijo a las chicas que, en vez de recibir papeles indicando el porcentaje de conducta adecuada, los papeles indicarían la cantidad de dinero que habían ganado (25, 20, 15, 10, 5 o 0 centavos). Durante las dos horas de observación de la mañana, cada chica recibiría seis papeles, lo cual permitiría que una muchacha ganara 1.50 dólares cada mañana si manifestaba un 100 % de conducta adecuada. Si la interesada no manifestaba conducta inadecuada durante un período específico de observación, recibía un papel por valor de 25 c.; si mostraba conducta inadecuada una vez, 20 c.; dos veces, 15 c.; tres veces, 10 c.; cuatro veces, 5 c.; cinco o más veces, 0 c. En la clase de la tarde, durante las fases II y III, los papeles que indicaban el porcentaje de conducta adecuada se daban según un programa de intervalo fijo (IF) (cada diez minutos). Durante la fase III, en la clase de la mañana se daban según un programa de intervalo variable (IV) con la condición de que, antes de dar un feedback, se hubiera observado a la chica cinco veces, como mínimo, durante diez segundos cada vez. Así, el momento en que se daba el reforzamiento variaba al azar y era imprevisible.

La conducta en clase de las chicas durante las fases I y II se caracterizó por fluctuaciones de un día para otro y de una hora para otra de conducta adecuada e inadecuada. La inclusión de feedback según un programa de IV en la clase de la mañana estaba destinada a fomentar el mantenimiento de la conducta adecuada en un nivel alto.

La fase IV introdujo otra modificación destinada a

aumentar el mantenimiento de la conducta adecuada en clase. Durante la fase IV, el reforzamiento de la clase de la mañana y de la tarde se dio de la misma manera que en la clase de la mañana de la fase III, esto es, según un programa de IV de reforzamiento con un feedback consistente en valores monetarios. Sin embargo, durante la fase IV se dijo a las chicas, por primera vez en el programa de tratamiento, que si su conducta en clase era inadecuada podían perder el dinero ganado el día anterior. Por cada percentil de conducta en clase inadecuada que obtenían un día determinado, perdían un centavo y medio de los que habían ganado el día anterior. Por ejemplo, si una chica ganaba 80 centavos un día y recibía una media de conducta adecuada del 70 % el día siguiente, perdía 45 centavos de las ganacias del día anterior (el 30 % de veces inadecuadas a 1 centavo y medio cada vez). Una chica no podía perder más dinero del que había ganado el día anterior y endeudarse, cosa que podía producir una pérdida de incentivo. Esta modificación se incluyó para intentar controlar las fluctuaciones diarias en el porcentaje de conducta adecuada. Además, durante esta fase (por razones económicas), la cantidad de dinero disponible para reforzamiento se redujo de un potencial de 3.50 dólares diarios a 1.50 si la chica se comportaba adecuadamente el 100 % de las veces durante todas las observaciones en clase.

En resumen, el programa de tratamiento constó de cuatro fases: fase I: período operante; fase II: feedback según programa de IF sólo en la clase de la tarde; fase III: feedback con IF en la clase de la tarde y feedback con IV en la clase de la mañana, y Fase IV: feedback con IV en las clases de la mañana y de la tarde con posible pérdida de reforzamiento ganado previamente.

RESULTADOS

Se produjo una fiabilidad intertasadores excepcionalmente alta, que refleja la sensibilidad de la medición de la observación para clasificar las conductas en la cate-

goría de adecuadas o inadecuadas. Durante el período operante se hicieron 3.194 pares de observaciones de la conducta en clase de las adolescentes reclusas. Los tasadores estuvieron en desacuerdo sobre la adecuación o inadecuación de la conducta en sólo 190 de estos pares de observaciones, lo cual supone un acuerdo del 94 %. Similarmente, en la clase de chicas no internadas, se hicieron 1.569 pares de observaciones, y dos tasadores independientes estuvieron en desacuerdo sólo en 18 observaciones, lo cual supone un acuerdo del 98 %. La mayoría de los desacuerdos se produjeron al discriminar entre la conducta de soñar despierto y la de prestar atención. A menudo una chica apoyaba la cabeza en el pupitre, y para el observador era difícil decir si estaba soñando despierta o si estaba escuchando al profesor. Igualmente, si una chica miraba fijamente el libro, a veces era difícil determinar si estaba leyendo de verdad o meramente pasando el tiempo. Una investigación futura debería incluir medidas de ejecución académica —tales como la cantidad de materia recordada— como criterio de conducta adecuada.

Se hizo una comprobación adicional de fiabilidad. Dado que los Os que hacían las observaciones durante la fase operante y durante la fase de tratamiento eran los mismos, se juzgó necesario probar su fiabilidad comparándolos con tasadores ajenos al estudio, para precaverse contra posibles cambios sutiles de criterio acerca de la conducta inadecuada o en la actitud del experimentador (Rosenthal, 1966). Durante la fase de tratamiento, fueron hechas 685 observaciones por dos observadores «ingenuos» y por los internos de psicología que habían participado en el estudio hasta entonces. Estuvieron en desacuerdo en 55 observaciones, lo cual supone un acuerdo del 92 %. Este resultado indicó que no había cambio de criterios sobre lo que constituía la conducta inadecuada entre la fase operante y la fase de tratamiento del estudio.

La medición a base de muestras de tiempo fue sensible para discriminar entre conducta en clase adecuada e inadecuada de chicas adolescentes no internadas. El porcentaje medio de conducta adecuada de las muchachas

normales clasificadas por sus profesores por encima de la media fue del 94 % (D. S. = 6.86); el de las promedio, 84 % (D. S. = 13.51), y el de las clasificadas por debajo de la media, 69 % (D. S. = 12.87). La diferencia entre las chicas por encima y por debajo de la media fue significativa a un nivel inferior al 0.05. La ordenación que habían hecho los profesores de las muchachas basándose en su estimación de la conducta adecuada en clase correlacionó en 0.85 con el porcentaje medio de la conducta adecuada en clase. Estos resultados indican la validez discriminativa de la medida de observación en el marco de una clase normal.

La inclusión de las chicas no reclusas proporcionó un grupo de comparación para las internas tratadas. El porcentaje medio de conducta en clase adecuada de las chicas no reclusas era de 83 % (D. S. = 17.38), con una gama que iba desde el 40 % hasta el 99 %. El porcentaje medio de conducta en clase adecuada de las chicas internadas durante el período operante era de 45 % (D. S. = 30.15), con una gama que ibá desde el 0 % hasta el 100 %. La diferencia en el porcentaje de la conducta adecuada en clase entre las chicas no reclusas y las chicas reclusas durante el período operante fue significativa al nivel de 0.01. La conducta inadecuada de las chicas reclusas durante el período operante era no sólo más frecuente, sino más intensa. Por ejemplo, las verbalizaciones inadecuadas de las chicas reclusas durante el período operante se caracterizaban por los juramentos y la insolencia; mientras que las de las chicas no reclusas consistían en hablar tranquilamente con la vecina. La investigación futura debiera intentar evaluar la intensidad de la conducta inadecuada además de su frecuencia.

La conducta anterior al tratamiento de las chicas reclusas indicó además que en sus repertorios había conducta adecuada en clase, ya que nueve de las diez chicas obtuvieron como mínimo un 80 % de conducta en clase adecuada en dos períodos de observación, y dos chicas dieron más del 90 % de conducta en clase adecuada. Como hemos señalado antes, el objetivo del programa de trata-

miento era claramente fomentar el mantenimiento prolongado de la conducta adecuada en clase, y reducir la frecuencia de la conducta inadecuada.

La eficacia del programa de tratamiento para modificar la conducta en clase inadecuada de las chicas se refleja en (a) el porcentaje medio de conducta adecuada en clase durante el nivel basal y el obtenido durante las fases de tratamiento de las diez chicas reclusas (tabla 1); (b) las curvas de la actuación del grupo en las dos clases diferentes (figs. 1 y 2); y (c) las curvas de la actuación individual (tabla 2). Se obtuvo un patrón de resultados consistente. El período operante se caracterizó por un nivel generalmente alto de conducta inadecuada en clase. La introducción del reforzamiento en la clase de la tarde tuvo unos efectos repentinos y espectaculares. La conducta de las chicas en la clase de la tarde mejoró rápidamente, manteniéndose su conducta inicial en la clase de la mañana igual que en el período operante. Es importante señalar que las chicas tuvieron su primera oportunidad para gastar el dinero que habían ganado entre los días 9 y 10. Después de producirse este reforzamiento inicial y directo, la conducta en clase por la tarde mejoró muy sustancialmente en la clase II, mientras que la conducta adecuada en la clase de la mañana disminuía por debajo del nivel operante. En la clase I se produjo un patrón similar. Una chica dijo: «Si no nos pagáis, no vamos a arreglarnos». Evidentemente, las chicas estaban manipulando a los psicólogos para que iniciaran el pago en la clase de la mañana y estaban ofreciendo la conducta adecuada en la clase de la mañana como posible recompensa. Las chicas demostraron ser eficaces modificadoras de conducta. Durante el resto del tratamiento, las chicas recibieron reforzamiento en las clases de la mañana y de la tarde.

Durante la fase III, las chicas recibieron feedback según un programa de IV por la mañana y continuaron con el programa de IF por la tarde. La introducción de reforzamiento en la clase de la mañana fue espectacularmente eficaz para fomentar la conducta adecuada en

clase. El porcentaje de conducta adecuada saltó del 29 % al 100 % en la clase I, y del 44 % al 95 % en la clase II. Para conseguir una puntuación del 100 % de conducta adecuada, cada una de las chicas tenía que comportarse perfectamente en todas sus muestras de tiempo de diez segundos durante dos horas enteras. Este aumento repentino de la conducta adecuada fue atribuible a la introducción del reforzamiento y también al hecho de que las chicas habían adquirido un repertorio discriminado de conducta adecuada en clase durante la fase anterior de tratamiento. El entrenamiento anterior aumentó la disponibilidad de la respuesta, o la fuerza de respuesta de la conducta adecuada en clase, que se trasladó rápidamente a una situación en la que era recompensada. El porcentaje medio de conducta adecuada en clase por la tarde fue del 92 % (D. S. = 9.50) cuando el feedback se daba según un programa de IF, y del 84 % (D. S. = 8.45) en la clase de la mañana, cuando el feedback se daba según un programa de IV (no significativo). Sin embargo, las figuras 1 y 2 indican una tendencia decreciente en la ejecución en clase durante el programa de IV. Aunque el programa de IV llevó a una subida empinada de la conducta adecuada en clase, las chicas percibieron los reforzamientos como algo imprevisible. La imprevisibilidad del reforzamiento en el programa de IV fue la causa, al parecer, del descenso de la conducta adecuada en clase.

TABLA 1. Porcentaje medio de conducta adecuada en clase de diez chicas internas durante los períodos operante y de tratamiento.

	Fase I Período operante	Fase II 1.ª semana	2.ª semana	Fase III	Fase IV
Clase de la mañana	54.20	52.13	36.29	84.50	78.17
Clase de la tarde	46.00	65.25	82.86	92.00	80.00

Hasta este punto, el programa de tratamiento había aumentado significativamente el nivel medio de conducta adecuada en clase. Sin embargo, subsistía el problema de algunas chicas que ocasionalmente retrocedieron en su comportamiento en clase hasta su nivel anterior al tratamiento. Aunque estos reveses conductuales eran cada vez menos frecuentes, se escogió un programa de reforzamiento que hiciera que la chica «pagara» por estos descensos en su conducta. Durante la fase final de tratamiento, se dispensó feedback según un programa de IV en todas las clases, y además las chicas perdían el dinero que habían ganado en días anteriores si se comportaban inadecuadamente. La introducción de este régimen también dio lugar a un ligero descenso en la conducta adecuada en clase respecto al alto nivel obtenido en la fase III. Al parecer, esto guardaba relación con las reacciones negativas de las chicas ante la posibilidad de perder dinero ganado anteriormente y ante la disminución de la cantidad de dinero que podían ganar. Además, las chicas más directamente afectadas instigaron y reforzaron la mala conducta de sus compañeras. Al aproximarse el final del año escolar, disminuyó la eficacia del programa de tratamiento para atenuar el reforzamiento dispensado por las compañeras a la conducta inadecuada. Incluso con estos factores, el nivel medio de conducta adecuada de las chicas reclusas (79 %) no se aproximó a su nivel medio anterior al tratamiento (45 %), y no fue significativamente diferente del nivel medio de las chicas no reclusas (83 %). Un análisis de las descripciones de la conducta inadecuada en clase de las chicas reclusas reveló que no sólo había disminuido la frecuencia de la conducta inadecuada, sino que también había cambiado su naturaleza y su forma en función del programa de tratamiento. Tanto los profesores como los observadores dijeron que la topografía de la conducta inadecuada en clase de las chicas se aproximaba más a la observada en las clases de no reclusas.

PORCENTAJE DE CONDUCTA ADECUADA EN CLASE

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

O--O Clase de la mañana
O—O Clase de la tarde

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

PERIODO OPERANTE FASE II FASE III FASE IV

DÍAS

FIGURA 1. Porcentaje medio de conducta adecuada en clase de la Clase I (N = 4) durante los períodos operante y de tratamiento.

PORCENTAJE DE CONDUCTA ADECUADA EN CLASE

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

O--O Clase de la mañana
O—O Clase de la tarde

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

PERIODO OPERANTE FASE II FASE III FASE IV

DÍAS

FIGURA 2. Porcentaje medio de conducta adecuada en clase de la Clase II (N = 6) durante los períodos operante y de tratamiento.

TABLA 2. Conducta individual en clase de diez muchachas internadas durante las fases operante y de tratamiento.

		Días																		
		Fase I*					Fase II								Fase III			Fase IV		
Ss Clase I		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
S_1	Mañana	54	64	60	53	20	18	28	36	0	80	10	49	32	100	100	99	38	aus	64
	Tarde	20	85	57	12	38	30	10	11	12	88	40	92	97	97	100	93	28	73	90
S_2	Mañana	62	70	33	63	aus+	43	56	32	59	41	50	45	24	100	94	92	96	84	97
	Tarde	76	80	40	29	88	81	63	90	85	92	90	78	70	100	88	73	93	100	88
S_3	Mañana	84	94	54	72	46	62	48	32	66	31	aus	12	13	100	98	26	63	64	39
	Tarde	75	50	58	56	10	93	83	100	87	37	aus	96	75	93	80	100	44	80	86
S_4	Mañana	71	84	55	55	72	72	75	66	57	45	42	aus	48	100	98	51	85	71	53
	Tarde	89	80	52	58	96	90	71	87	87	77	95	aus	78	90	100	100	61	100	aus
Ss Clase II																				
S_5	Mañana	56	45	27	15	aus	20	46	64	0	3	21	9	*++	100	50	50	79	100	52
	Tarde	0	0	0	0	aus	79	41	27	75	97	95	99	*	95	99	aus	45	100	100
S_6	Mañana	15	74	35	0	aus	97	62	32	87	aus	66	97		96	98	99	aus	88	100
	Tarde	58	50	0	84	27	74	38	0	94	aus	95	91		95	97	100	89	100	100
S_7	Mañana	45	60	74	10	44	76	71	81	18	17	14	aus		100	88	66	aus	100	97
	Tarde	0	10	48	15	27	90	96	89	65	100	100	100		73	100	100	100	100	aus
S_8	Mañana	20	76	66	40	31	77	69	45	13	13	43	0		90	33	22	87	aus	53
	Tarde	53	40	22	20	39	65	32	22	40	90	26	87		32	97	aus	40	100	70
S_9	Mañana	75	92	73	70	75	91	91	86	87	70	68	84		96	93	97	100	100	99
	Tarde	80	51	13	30	62	91	96	82	81	96	95	97		95	100	100	53	99	100
S_{10}	Mañana	27	79	31	35	54	83	54	41	0	aus	13	31		85	92	88	98	50	100
	Tarde	55	65	12	20	4	64	90	47	45	92	98	29		89	80	95	100	79	37

* Fase I = Periodo operante, días 1-5; Fase II = feedback de IF en la clase de la tarde, días 6-13; Fase III = feedback de IF en la clase de la tarde y feedback de IV en la clase de la mañana, días 14-16; Fase IV = feedback de IV en las clases de la mañana y de la tarde unido a posible pérdida de reforzamiento previamente ganado.

\+ aus = ausente, la chica estuvo ausente de clase debido a enfermedad o a reconocimiento médico.

... ausente de la escuela el día 13.

COMENTARIO

La presente investigación demostró que la alta frecuencia de conducta inadecuada en clase por delincuentes femeninas adolescentes internadas es fácilmente modificable mediante un procedimiento operante. Antes del tratamiento, las chicas reclusas manifestaban una conducta inadecuada en clase casi doblemente intensa que la de sus compañeras no reclusas. Aunque no se entrenó a los profesores en los procedimientos operantes, el programa de tratamiento mostró que, con un reforzamiento monetario, la conducta perturbadora en clase de estas chicas podía reducirse al nivel de unas adolescentes no reclusas, y se atenuaba el reforzamiento de la conducta inadecuada en clase por parte de las compañeras.

Es difícil evaluar los méritos relativos de los dos programas de feedback utilizados en el presente estudio (IF y IV) debido a: a) el corto período de tiempo disponible; b) la contaminación de los efectos del orden y del tiempo, y c) la diferente cantidad de dinero dispensada bajo los dos programas. Es necesaria más investigación para evaluar la eficacia relativa de estos programas a la hora de modificar la conducta en este tipo de situaciones. Sin embargo, los resultados sugieren que factores como la complejidad, la imprevisibilidad percibida, y el reforzamiento secundario temporalmente distante minan la eficacia de un enfoque operante. El tiempo limitado del que se disponía para el programa de tratamiento no permitió superar la fase del reforzamiento monetario ni transferir a los profesores el control del reforzamiento.

El presente estudio indicó que las delincuentes femeninas adolescentes reclusas presentan problemas particulares para los programas de modificación de conducta basados en técnicas operantes y sugirió algunas soluciones para estos problemas. La mayoría de los problemas estaban relacionados con la habilidad de las chicas para la manipulación de los demás, la potencia del reforzamiento de las compañeras, y la amplia gama y variabilidad de su conducta inadecuada. Este último problema excluía la

selección previa de categorías conductuales y la definición de unas clases específicas de respuestas. La utilización de una técnica de registro dicotómica y fiable que consideraba toda la variedad de mala conducta en clase como funcionalmente equivalente resolvió adecuadamente el problema de la complejidad y la variedad de la conducta. La disminución del reforzamiento de la mala conducta por parte de las compañeras en el presente estudio se consiguió por medio de un reforzador potente (a saber, el dinero). Una ulterior investigación sobre la manera de hacer que el reforzamiento sea contingente a la actuación de grupo, o que el reforzamiento del grupo sea contingente a la conducta de un individuo, puede llevar a un control todavía mejor del reforzamiento dispensado por los compañeros. La conducta que había que reforzar figuraba ampliamente en el repertorio de las chicas durante el período operante y el objetivo del tratamiento fue mantenerla en un nivel alto, y no modelar nuevas respuestas. La utilización de programas intermitentes de reforzamiento, y el suspender el reforzamiento en función de las fluctuaciones de la conducta adecuada son dos técnicas para resolver este problema. También queda indicada la necesidad de superar la fase de reforzamiento y de aparejar reforzadores potentes con reforzamiento social.

La posibilidad de aplicar procedimientos operantes a la modificación de otras conductas inadecuadas de adolescentes reclusos está claramente indicada.

Agradecimiento. Los autores agradecen la cooperación de los administradores, profesores y personal del Ontario Reception and Diagnostic Center, Galt, Ontario, y de la Lincoln Heights School, Waterloo, Ontario. Los autores están en deuda con los siguientes estudiantes, cuyas cuidadosas observaciones hicieron posible esta investigación: A. Fedoravicius, J. Johnson, J. Knox, V. Koop, R. Morris, S. Notar, B. Palmer y B. Taub.

BIBLIOGRAFÍA

Birnbrauer, J. S., Bijou, S. W., Wolf, M. M. y Kidder, J. D. (1965) Programmed instruction in the classroom. En *Case Studies in Behavior Modification* (Eds. Ullman, L. y Krasner, L.) Holt, Rinehart y Winston, New York.

Birnbrauer, J. S. y Lawler, Julia (1964). Token reinforcement for learning. *Ment. Retard.*, *2*, 275-279.

Birnbrauer, J. S., Wolf, M. M., Kidder, J. D. y Tague, Cecilia E. (1965) Classroom behavior of retarded pupils with token reinforcement. *J. exp. Child Psychol.*, *2*, 219-235.

Buehler, R. E., Patterson, G. R. y Furness, J. M. (1966) The reinforcement of behavior in institutional settings. *Behav. Res. & Therapy*, *4*, 157-167.

Miller, H. y Bieri, J. (1963) An informational analysis of clinical judgment. *J. abnorm. soc. Psychol.*, *67*, 317-325.

O'Leary, K. D. y Becker, W. C. (1967) Behavior modification of an adjustment class: A token reinforcement program. Unpublished manuscript, University of Illinois.

Quay, H. C., Werry, J. S., McQueen, Marjorie y Sprague, R. L. (1966) Remediation of the conduct problem child in the special class setting. *Except. Child.*, *32*, 509-515.

Rosenthal, R. (1967) Covert communication in the psychological experiment. *Psychol. Bull.*, *67*, 356-367.

TRATAMIENTO MEDIANTE «IMÁGENES AVERSIVAS» EN ADOLESCENTES *

ISRAEL KOLVIN

Unidad de Psiquiatría Infantil de Nuffield, del Fleming Memorial Hospital, en asociación con la Universidad de Newcastle-upon-Tyne

Resumen: Se describe una técnica de «Imaginación aversiva» para el tratamiento de adolescentes deficientes intelectualmente y con pobre expresión verbal. Se comentan dos casos: un fetichista y un adicto a la bencina. Con el fetichista el tratamiento se complementó con instrucción psicosexual, educación y tranquilización respecto a relaciones heterosexuales aceptables. El fetichista se recuperó en ocho sesiones, y el adicto a la bencina en veinte sesiones. Las indagaciones posteriores no revelaron recaídas, pero el fetichista merece un seguimiento prolongado.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes con trastornos compulsivos persistentes o trastornos con un componente compulsivo, siempre han constituido un problema psicoterapéutico importante. Generalmente, la respuesta a la psicoterapia tradicional no ha sido significativa, pero es especialmente pobre

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1967, 5, 245-248. Copyright 1967, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y de Israel Kolvin.

en los intelectualmente deficientes y con pobre expresión verbal. El autor no conoce ninguna obra publicada que informe sobre algún éxito en este último grupo.

En estas circunstancias, se le planteó una *exploración* de una variante de la terapia de la conducta. Las técnicas de aversión física, tanto químicas como eléctricas, se han usado mucho para casos como el alcoholismo y las perversiones sexuales (Rachman, 1965). Sin embargo, dado que no deseaba usar métodos físicos con adolescentes, el autor consideró posibles formas de descondicionar la conducta no deseada utilizando estímulos aversivos actuantes a nivel imaginativo.

La inspiración para esta técnica procede de tres fuentes principales: en primer lugar, Wolpe (1958), en su descripción de la psicoterapia por inhibición recíproca, indicaba que no era necesario presentar objetos reales; Franks (1958) señalaba que no era esencial usar un agente provocador de náusea para producir la aversión condicionada, y, finalmente, Lazarus y Abramovitz (1962) utilizaron «imágenes emocionales» en el tratamiento de fobias infantiles.

La «terapia por imaginación aversiva» consiste esencialmente en la evocación, en la imaginación del estímulo erotógeno o compulsivo específico, y en su inmediata interrupción mediante la evocación de un estímulo aversivo desagradable.

Aquí se trata del caso de un fetichista y de un adicto a la bencina.

MÉTODO

Se requirió la ayuda del paciente para que hiciera una lista de situaciones o experiencias que le fueran desagradables. Esta lista sólo se usó para asegurarse de cuáles eran los estímulos aversivos para aquel paciente en particular. Además, se intentó determinar la situación fetichista precisa.

Después se introdujo al paciente en un consultorio oscuro, donde se reclinó en un diván y cerró los ojos. Se

le estimuló a que envocara imágenes según una historia que narraba el terapeuta. Empíricamente se descubrió que se producían más fácilmente imágenes vívidas cuando el adolescente se encontraba en un estado de relajación. Se le presentó una narración llena de colorido del hecho crucial, y se pidió al paciente que se la representara mentalmente. Observándolo atentamente, se hizo evidente cuando el paciente empezaba a excitarse afectivamente, por ejemplo, en la tensión motora, la respiración, la expresión, etc. En esta fase se introdujo la imagen aversiva, de una forma descriptiva, sugerente y vívida. La respuesta fue inmediata y principalmente se reflejó en la expresión de disgusto del paciente. De esta manera se truncó el curso de los acontecimientos de tono muy erótico y se produjo un anticlímax desagradable en la secuencia de hechos.

Con el fetichista, las sesiones tuvieron lugar dos veces por semana; esto vino determinado por consideraciones geográficas. Con el adicto a la bencina, las sesiones tuvieron lugar diariamente cinco días por semana. Cada sesión consistía en cuatro ensayos. En el caso del fetichista, el tratamiento se completó con una exposición de la biología y la psicología de la conducta sexual normal, y con explicaciones sencillas, tranquilización e indicaciones sobre cómo avanzar hacia la consecución de relaciones heterosexuales socialmente aceptables.

LOS PACIENTES

Caso X. Fetichista de catorce años

Los padres se separaron después de un matrimonio desgraciado y lleno de discusiones. Dicen que el padre es un psicópata inadaptado, irresponsable e inestable. La madre es una persona inteligente, afectuosa e intuitiva que ha conseguido mantener unos niveles razonables haciendo frente a considerables adversidades económicas.

X fue el cuarto hijo. Su desarrollo temprano fue nor-

mal. La primera nota discordante fue la presencia de una fuerte timidez en el período inmediatamente anterior a su escolarización, seguida por una ansiedad excesiva cuando fue a la escuela por primera vez. En la escuela, sus progresos eran pobres, y se le describía como académicamente lento. Luego, en la escuela secundaria local, se le consideró atrasado en los estudios y estaba siempre entre los últimos. En esta escuela robó una suma de dinero a uno de los profesores y estuvo en libertad vigilada un año; al parecer cumplió satisfactoriamente las condiciones de la orden de libertad vigilada.

A la edad de catorce años le acusaron de agresión sexual a tres mujeres. Se sospechaba que había cometido una serie de delitos similares cuyas víctimas no habían denunciado. La descripción que X hacía de los actos sugería que esencialmente no estaban planeados. En ciertas ocasiones, cuando veía a una mujer joven que llevaba falda, se veía inundado por una especie de temblor y otras emociones que él no tenía palabras para describir; se sentía impelido a correr tras ella y meterle la mano bajo la ropa. Luego salía corriendo, temblando de alegría, excitación y miedo.

Su madre lo describía como un chico tranquilo, tímido y solitario, con tendencia a mostrarse solemne y hosco. Añadió que él erigía barreras a su alrededor, y que era difícil traspasarlas para llegar a él.

En la clínica el chico se manifestó una persona seria, agradable, pero tímida, reservada y con pobre expresión verbal. Admitió de mala gana que se sentía ansioso y culpable por su masturbación frecuente, y también explicó una serie de sueños atemorizadores. En la Escala de Vocabulario Mill Hill (1948) alcanzó el grado V, y en las Matrices Progresivas (1938), el grado IV. Durante el curso de las primeras entrevistas, el chico negó tener ningún conocimiento psicosexual. Se exploraron sus problemas con él durante una primera aproximación psicoterapéutica, pero los progresos fueron limitados. Se pensó que es o se debía a la torpeza e inaccesibilidad del chico. Seguía atormentado por las ganas de cometer los actos

antes mencionados. En esta fase se decidió descondicionarle con un técnica aversiva.

Su lista de experiencias desagradables incluía algunos alimentos y otras cosas de poca importancia que no le gustaban, pero para él la única situación realmente penosa era la de sentirse caer soñando y mirar hacia abajo desde una situación precaria o desde una gran altura. Se decidió usar esta experiencia desagradable de la caída, sacada de sus sueños, como estímulo aversivo. Tuvieron lugar siete sesiones de media hora a lo largo de un período de tres semanas. Un mes más tarde se le administró algo de reforzamiento. Hacia el final de la terapia, la madre dijo que el chico se mostraba más accesible, menos difícil y menos inclinado al enfurruñamiento. El funcionario encargado de la libertad vigilada que le conocía desde hacía algún tiempo afirmó que era evidente una «madurez cada vez mayor». El chico dijo que ya no sentía más deseos impulsivos.

Caso Y. Adicto a la bencina de quince años

En la época en que nos lo remitieron, Y estaba interno en una escuela para subnormales. Allí lo describían como un joven sensato, tranquilo, trabajador hasta llegar a extremos obsesivos, y sumamente estable excepto en el área de su adicción. En ocasiones, después de oler la bencina, se trasponía completamente; y fueron estos ataques de inconsciencia los que al final, después de siete años, pusieron de relieve la existencia de la adicción. Y había llegado incluso a atracar un hangar para obtener bencina.

En la entrevista, se confirmó la descripción de la escuela. Era un joven robusto, que se mostraba algo brusco pero cordial, accesible hasta cierto punto, e intelectualmente débil. Negó haber sorbido bencina, aunque admitió que una vez la había probado. Dijo que le gustaba su olor. Además, le hacía sentirse «aplastante», y le producía lo que podríamos describir como experiencias alucinatorias visuales expansivas en forma de películas de

cowboys. Prefería estar solo, porque esto le daba la oportunidad de buscar bencina. Sus principales intereses eran la televisión y el trabajo.

La historia es la siguiente: al parecer, la evolución inicial de Y fue normal, excepto el posterior desarrollo del habla. El psicólogo escolar decía que en los primeros años escolares era terco y difícil, pero esto remitió cuando ingresó en el internado para subnormales educativos. Su CI (Terman-Merrill) era de 63. Su EEG era ligeramente inmaduro.

La familia es intelectualmente limitada: tanto el padre como la madre son deficientes ligeros y otros dos hermanos son subnormales claros. Los padres pueden describirse como unos granjeros formales y concienzudos.

Había graves dudas sobre la eficacia de cualquier forma de tratamiento, dadas la inteligencia de Y y su persistencia. Finalmente, se decidió intentar una forma de terapia aversiva. Se obtuvo una lista de experiencias desagradables, pero, igual que en el primer caso, su principal aversión se refería a las alturas y las caídas. Aquí también se usaron como estímulo aversivo. Tuvieron lugar veinte sesiones de media hora en días consecutivos salvo los fines de semana.

Trece meses después de terminado el tratamiento, el paciente está bien y no ha vuelto a sus hábitos de oler bencina. Esto es algo realmente satisfactorio teniendo en cuenta la afirmación de Ackerly y Gibson (1964) en su revisión de una docena de casos de pacientes que olían fluidos más ligeros: «Hasta ahora, los métodos utilizados por las agencias sociales y los Tribunales Juveniles para controlar a los "oledores" persistentes que pueden considerarse adictos no han tenido éxito».

EVOLUCIÓN

Poco después del inicio del tratamiento, los dos pacientes se angustiaron levemente. Luego afirmaron que ya no experimentaban los impulsos no deseados y sostuvieron que ya no actuarían como antes. (Esto es muy

semejante a la experiencia de Raymond con fetichistas adultos.) Se les persuadió para que continuaran con la terapia, y completaron el curso del tratamiento sin ninguna reacción inconveniente.

Cuando fue evidente que se había desarrollado un disgusto o aversión (a nivel imaginario) por la situación compulsiva y sexualmente provocativa, se relajó la estrecha supervisión de los chicos. Los dos dijeron que sus impulsos y deseos anteriores habían desaparecido completamente.

SEGUIMIENTO

Veamos ahora la extensión del seguimiento:

Adicto a la bencina: trece meses, ninguna recaída.

Fetichista: once meses muy bien. Trece meses después de la terminación del tratamiento, acusó a la esposa de un vecino de unos amoríos ilícitos. Cuando los confrontaron, dijo que le había engañado un amigo y que se había portado «estúpidamente». Hay que tener presente que esto puede no ser el reflejo de una actitud muy moral, sino ser una expresión diferente de un problema sexual. Diecisiete meses después, X está trabajando y aparentemente muy bien.

COMENTARIO

Los adolescentes que sufren perversiones o adicciones son casi siempre un problema importante para el tratamiento. Aunque muchos abandonan esta conducta una vez sale a la luz, y otros responden rápidamente a la supervisión de la libertad vigilada o a las simples medidas instituidas en la clínica psiquiátrica, hay un pequeño porcentaje que no responden. Desgraciadamente, hasta ahora, en este último grupo el repertorio de tratamientos disponibles ha sido pequeño, y su eficacia, dudosa. Los psiquiatras siguen considerando desfavorablemente, desde un punto de vista ético y estético, la utilización con niños

y adolescentes de las terapias aversivas a base de drogas y descargas eléctricas que se usan con perversos y adictos mayores.

Sin embargo, el autor consideró que estos trastornos suponen un impedimento tan grave y tienen unas consecuencias tan serias para el adolescente, que no podía descartarse a la ligera ningún método que pudiera ser beneficioso. Los beneficios resultantes de la eliminación de los síntomas, en ciertos casos, pesarían mucho más que las objeciones morales y éticas, especialmente si pudieran desarrollarse unas técnicas aversivas más aceptables. La utilización de las imágenes aversivas se consideró desde este punto de vista; y en el caso de este grupo particular de chicos se pensó que merecían una prueba.

Algunas de las críticas más importantes que se hacen a las técnicas aversivas cuando se emplean en casos de perversión sexual son las que dicen que no consiguen eliminar la psicopatología subyacente y que, además, pueden dar lugar a que en el paciente se desarrolle una aversión a todas las relaciones sexuales, incluso a las normales. El autor ha intentado reducir al mínimo este riesgo mediante explicaciones complementarias y tranquilización sobre las relaciones heterosexuales normales. Por lo tanto, combinó la «terapia aversiva» y la psicoterapia en el caso del fetichista. La combinación de estas dos terapias no es corriente, pero no es éste el único caso, pues una serie de terapeutas de la conducta, recientemente, han manifestado la opinión de que «es práctico someter algunos casos a ambas» coincidentemente (Meyer y Crisp, 1966; Gelder, 1964).

Debemos admitir que las imágenes aversivas no son unos estímulos aversivos ideales. Tienen la desventaja de que es difícil cronometrar el estímulo aversivo; a este respecto, sin embargo, pueden considerarse más precisas, como mínimo, que las técnicas que utilizan drogas aversivas. Además, la técnica depende de la capacidad del paciente para imaginar cosas visualmente y para emitir respuestas vegetativas equivalentes a las de la vida

real ante las imágenes agradables y desagradables. Luego están las inevitables cuestiones de si es correcto o no utilizar drogas y descargas farádicas con adolescentes. Según la experiencia del autor, la mayoría de padres de adolescentes, y los propios adolescentes, se muestran reacios a considerar un tratamiento que incluya alguna forma de castigo; a este respecto, las descargas farádicas son las que encuentran más oposición. En los pocos casos en que se ha utilizado y se utiliza la terapia de imaginación aversiva, no se han presentado objeciones serias a la misma. Más problemática es la elección de los estímulos aversivos; ninguno de los dos chicos tenía cosas que le disgustaran mucho, y la única situación aversiva importante para ambos era la de caerse en sueños y mirar abajo desde grandes alturas. De momento no ha habido sustitución del trastorno por ningún otro tipo específico de anormalidad conductual o sexual.

Debemos señalar que en ambos casos la familia, a pesar de todos los trastornos previos, en el momento de ser enviado el paciente a la clínica era razonablemente estable y constituía una ayuda. Es imposible decir qué papel ha jugado esto en el aparente mantenimiento de la mejora.

Gold y Neufeld (1965) describieron anteriormente un método que se parecía algo a éste. En la tabla siguiente se delinean las principales diferencias y similitudes de los dos métodos.

Técnica de Gold y Neufeld	*Técnica de Kolvin*
A. 4 componentes.	A. 3 componentes.
1. Relajación.	1. Relajación.
2. Técnica de desensibilización para superar el miedo al fracaso.	2. Imaginación aversiva.
3. Terapia de imaginación aversiva.	3. Psicoterapia.
4. Técnica de apredizaje discriminativo que enseña al paciente a rechazar activamente y a elegir las dos alternativas presentadas en la misma sesión.	

B. La terapia imaginativa consiste en un proceso gradual de descondicionamiento.	B. La imaginación aversiva consiste en la evocación del estímulo compulsivo o erotógeno y en la interrupción inmediata del mismo por otro aversivo.
C. Técnica más elaborada.	C. Técnica menos elaborada.

Agradecimiento. Quisiera agradecer al Dr. V. Pillai su ayuda en uno de los dos casos, y a Miss L. J. Wright, de la Unidad de Psiquiatría Infantil de Newcastle, su asistencia como secretaria. También agradezco al Dr. A. W. Drummond y al Dr. P. Leyburn, que me remitiera estos dos casos. Y agradezco a Mr. I. Mottahedin su consejo sobre ciertos aspectos teóricos.

BIBLIOGRAFÍA

Ackerly, W. C. y Gibson, G. (1964) Lighter fluid «sniffing». *Am. J. Psychiat.*, *120*, 1056-1061.

Franks, C. M. (1958) Alcohol, alcoholics and conditioning. *J. ment. Sci.*, *104*, 14-33.

Gelder, M. G. (1964) Behaviour therapy and psychotherapy for phobic disorders. Paper read at *Sixth int. Congr. Psychother.*, London.

Gold, S. y Neufeld, I. L. (1965) A learning approach to the treatment of homosexuality. *Behav. Res. & Therapy*, *2*, 201-204.

Lazarus, A. y Abramovitz, A. (1962) The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *J. ment. Sci.*, *108*, 191-195.

Meyer, V. y Crisp, A. H. (1966) Some problems in behaviour therapy. *Br. J. Psychiat.*, *112*, 367-381.

Rachman, S. (1965) Aversion therapy: Chemical or electrical? *Behav. Res. & Therapy*, *2*, 289-300.

Raymond, M. J. (1956) Case of fetishism treated by aversion therapy. *Br. med. J.*, *2*, 854-856.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* University Press, Stanford.

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS Y SUSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS EN LA ENURESIS *+

BRUCE L. BAKER ++

Universidad de Yale

Resumen: Este estudio exploró las hipótesis siguientes: *a*) hay aspectos de la relación terapeuta-paciente que son responsables del éxito de la terapia de la conducta, y *b*) después de la remisión de los síntomas surgirán problemas de sustitución. Se trató a trenta niños enuréticos con un método de condicionamiento o con métodos destinados a duplicar sus aspectos motivacionales. Se obtuvieron medidas de adaptación de los Ss enuréticos y de niños-control, independientemente del tratamiento. El condicionamiento fue superior a otros métodos, lo cual indica que el éxito del tratamiento no se basó únicamente en la relación terapeuta-paciente. Después del tratamiento, las medidas tipo test no indicaron una disminución de la adaptación; en varias medidas, se descubrió que había mejoras significativas.

* Basado en una disertación presentada en la Facultad de la Graduate School de la Universidad de Yale como uno de los requisitos para obtener el Doctorado en Filosofía. El autor desea dar las gracias a Michael Kahn, su principal consejero, y a Fred D. Sheffield y Sidney J. Blatt, que formaron parte de su Comité Asesor. El autor también desea agradecer a Gilda Hymer que le obtuviera las medidas escolares, y a Irving H. Frank, Philip Morse y Ragaa Mazen que juzgaran los gráficos. Los mecanismos para el condicionamiento fueron proporcionados generosamente por Sears, Roebuck and Co.

+ Reproducido de *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 1, 42-49. Copyright 1969, con autorización de la American Psychological Association y de B. L. Baker.

++ Ahora en el Departamento de Relaciones Sociales de la Universidad de Harvard.

Frecuentemente se hacen dos preguntas al terapeuta de la conducta. En primer lugar: ¿cuáles son los efectos totales del tratamiento sobre el individuo? La psiquiatría tradicional (p. ej., Freud, 1959) considera que la conducta inadaptada es un signo de que hay un trastorno subyacente, y advierte que, aunque un problema pueda eliminarse con una terapia no dinámica, después vendrá una recaída u otro problema nuevo, puesto que no se han tratado las causas básicas. Esta hipótesis de la «sustitución de síntomas» es probablemente la principal razón teórica por la que muchos clínicos vacilan en utilizar la terapia de la conducta. Sin embargo, aunque la inmensa mayoría de informes de seguimiento de terapia de la conducta indican que no han surgido nuevos problemas después de terminar con éxito un tratamiento (p. ej., Kahn, Baker y Weiss, 1968; Lang y Lazovik, 1963; Lazarus, 1961, 1963; Wolpe, 1961), no ha habido ningún estudio controlado de esta hipótesis.

En segundo lugar: ¿por qué da resultado la terapia de la conducta, cuando lo da? Aunque los terapeutas de la conducta subrayan el papel del paradigma del aprendizaje en el tratamiento, la teoría del aprendizaje sobre la que se basan algunos de estos métodos ha sido criticada considerándola anticuada (Breger y McGaugh, 1965). Parece posible que el éxito de la terapia de la conducta pueda atribuirse a otros aspectos del tratamiento, tales como el entusiasmo del terapeuta, el tipo de relación terapeuta-paciente que establecen los métodos de terapia de la conducta, y los requerimientos implícitos en un tratamiento «científico».

El presente estudio se ocupa de estas dos preguntas. Se emplearon métodos de terapia de la conducta para tratar la enuresis infantil, y se prestó una atención especial a la eficacia del condicionamiento comparada con la de otros métodos, y a los cambios en la adaptación inmediatamente después de la curación.

El orinarse en cama es un trastorno particularmente apropiado para una investigación sobre todas estas cuestiones. La mejora puede evaluarse de forma precisa, y el

punto de la completa eliminación de síntomas es algo que puede alcanzarse y ser bien definido. Además, las concepciones tradicionales psiquiátricas de la enuresis como síntoma de trastorno emocional (resumidas en Mowrer, 1950) son muy diferentes de la visión de la enuresis del terapeuta de la conducta, que la considera un hábito deficiente, aislado en la inmensa mayoría de los casos (p. ej., Lovibond, 1964). Aunque son muchos los investigadores que han encontrado muy eficiente el tratamiento de la enuresis mediante el condicionamiento (resumidos en Lovibond, 1964), todavía no se usa mucho, en parte debido a la preocupación por la sustitución de síntomas. Por ejemplo, Sperling (1965) ha escrito recientemente: «La eliminación del síntoma de la enuresis, sin proporcionar otras salidas al niño, lleva a su sustitución por otros síntomas... (p. 30)». Los pocos estudios que han investigado esta cuestión de la adaptación después de la curación (Baller y Schalock, 1965; Behrle, Elkin y Laybourne, 1956; Biering y Jespersen, 1959; Lovibond, 1964) no son concluyentes, sin embargo, porque fueron poco (o nada) controlados, en su mayor parte carecían de medidas cuantificadas, y no valoraban el cambio independiente de la terapia.

El presente estudio separó el tratamiento de la enuresis y las mediciones de la adaptación, para evitar las formas sutiles de parcialidad del experimentador (Rosenthal, 1966) y las características de la presentación (Orne, 1962), que continúan tergiversando en la práctica todos los estudios sobre el desenlace de la terapia. Las mediciones de adaptación las hizo otro E en la escuela de los niños enuréticos, y estas mediciones se hicieron bajo la apariencia de un proyecto de investigación totalmente diferente.

MÉTODO

Sujetos

Los Ss fueron noventa niños de escuela elemental: treinta enuréticos y sesenta controles. Se eligieron al azar

dos Ss controles del mismo sexo en cada enurético. Ambos Ss pertenecían a la clase del enurético en cuestión.

Los Ss enuréticos se obtuvieron primariamente mediante respuestas a un artículo publicado en un diario donde se describía el proyecto y se invitaba a participar en él. Mediante una entrevista telefónica preliminar se obtenía el nombre del niño, su dirección, edad, escuela y grado, e información sobre la enuresis. Además, era indispensable para incluir al niño que el padre dijera que, en opinión del médico de la familia, no había ningún problema orgánico. La muestra de enuréticos consistió en diez niñas y veinte niños, con una edad media de ocho años y una escala que iba de los seis a los doce años. Todos los niños menos cuatro llevaban orinándose desde su nacimiento, y más de la mitad se orinaban cada noche.

Utillaje

Los aparatos de condicionamiento incluían dos láminas metálicas, con agujeros en la lámina superior, separadas por una sábana absorbente, que se colocaban bajo la sábana bajera de la cama del S. Las láminas estaban conectadas con una caja de plástico blanca que contenía dos baterías de seis voltios, un relé sensible, y un zumbador. Unos segundos después de que el niño empezara a orinarse, se cerraba un circuito y sonaba el zumbador. El zumbador continuaba sonando hasta que el S se levantaba de la cama y lo paraba.

El «aparato» que se utilizó en el tratamiento subsiguiente de cuatro Ss de la lista de espera, consistía en un tablero para poner una gráfica donde clavar estrellas, una caja para las estrellas, y un despertador, todo ello montado sobre un soporte de madera blanca.

Procedimiento

Los treinta niños enuréticos se distribuyeron en tríos según los datos obtenidos en las entrevistas telefónicas,

y se asignó al azar un S a cada una de las tres situaciones experimentales. Diez niños fueron asignados inmediatamente a una terapia de la conducta con mecanismo de condicionamiento (grupo C). A otros diez niños se les sometió, al mismo tiempo, a un tratamiento en que eran despertados a fin de reproducir todas las características del tratamiento por condicionamiento excepto el procedimiento (grupo WU). Y se colocó a los otros diez niños en una lista de espera para empezar a tratarlos en un futuro próximo (grupo WL). Se programó una breve entrevista en casa con las familias del grupo WL, para que el E obtuviera más información sobre la enuresis del niño.

Tratamiento

Todos los tratamientos tuvieron lugar en casa del niño. En la primera visita, E decía a los padres de S que estaba investigando el proceso de curación y los cambios que se producían cuando un niño dejaba de orinarse. Pedía a los padres que estuvieran particularmente atentos a cualquier cambio que se produjera en su hijo —especialmente si surgían nuevos problemas— durante el tratamiento y después del mismo.

*Grupo C.** El E explicaba el funcionamiento del aparato de condicionamiento y animaba al niño a que aprendiera a montarlo él mismo. Se mantenía el aparato hasta que el S llevaba catorce días consecutivos sin orinarse; entonces se sacaba el aparato de la cama, pero se dejaba en la casa otros catorce días, después de lo cual se consideraba que el S ya no era enurético. Si un niño no dejaba de orinarse (o no mejoraba mucho) después de cincuenta reforzamientos (sonidos de zumbador), se le consideraba un fracaso. Si un niño recaía más tarde, volvía a empezarse con el mismo mecanismo en cuanto era posible.

---

* C = condicionamiento.
WU = *Wake up* (despertar).
WL = *Waiting list* (lista de espera). *(N. del T.)*

Grupo WU. El tratamiento que incluía despertar al niño era semejante a la práctica que prescriben muchos pediatras, pero insistiendo en la regularidad y en que el niño se despertara completamente (adaptación de Smith, 1948). Se escogía una hora fija, anterior al momento en que el S solía orinarse, y se decía a los padres que despertaran al S cada noche a aquella hora; durante el tratamiento se llegaba a determinar cuál era la mejor hora. Se insistía en que el niño debía estar totalmente despierto antes de ir al cuarto de baño. Cuando el S llevaba una semana sin orinarse, durante la semana siguiente no se le despertaba en varias noches. Si no se orinaba esas noches, se le sometía a un nuevo programa, según el cual sólo se le despertaba las dos noches siguientes a la noche en que se orinara.

Por lo demás, el tratamiento era el mismo para los niños con condicionamiento y para los niños a los que se despertaba. Todos los padres ayudaban al niño a levantarse por la noche y registraban diariamente sus progresos; todos los niños registraban sus progresos en gráficas con estrellas. El autor visitaba a cada niño en su casa una vez por semana y telefoneaba una vez por semana para revisar los progresos y ofrecer sugerencias. Los padres de ambos grupos, en general, cooperaron mucho a la hora de hacer registros, y aparentemente siguieron adecuadamente la rutina del tratamiento.

Grupo WL. Aproximadamente diez semanas después de la primera entrevista, E telefoneó a las diez familias de la lista de espera. Un S del grupo WL había dejado de orinarse y otro S no había sido examinado por el médico después de haberse pedido que lo fuera repetidamente; por consiguiente, estos dos Ss no empezaron el tratamiento. Entonces se trató a los ocho Ss restantes de la lista de espera, para explorar algunas hipótesis periféricas, de la siguiente manera.

Era posible que el método de condicionamiento hubiera sido eficaz porque E había llevado un «aparato» a la casa, aumentando así, de alguna manera, la motiva-

ción del niño. Para obtener datos piloto sobre esta cuestión, se sometió a cuatro Ss al tratamiento de despertarlos, pero además se les llevó el aparato descrito antes, con instrucciones de colocarlo junto a la cama y poner el despertador a la hora designada para despertarse. Los otros cuatro Ss recibieron el mismo tratamiento de condicionamiento que el grupo C original.

Además, como medio exploratorio para evaluar la importancia de la presencia del terapeuta, hubo dos niveles de contacto con E: pleno y parcial. Dos Ss de cada grupo recibieron la misma cantidad de contacto con E que la que habían recibido el grupo C y el grupo WU (contacto pleno: una visita y una llamada telefónica cada semana). Los Ss restantes sólo recibieron la mitad de este contacto con E (contacto parcial: una visita una semana, una llamada la semana siguiente, etc.).

Medidas de adaptación

Medidas de los padres. Se preguntaba periódicamente a los padres si habían observado algún cambio en su hijo, y respondieron a dos escalas de evaluación, tanto antes de empezar el tratamiento como varias semanas después de terminado el mismo. La lista de verificación de adjetivos (ACL) se adaptó a partir de una escala utilizada por Sarason, Davidson, Lighthall, Waite y Ruebush (1960), e incluía veinte ítems destinados a evaluar atributos de la personalidad tales como confianza, ansiedad y responsabilidad. La escala incluía los doce ítems de Sarason que podían puntuarse fácilmente respecto a la adaptación y ocho nuevos ítems. Los ítems se presentaban en la forma (Triste 321 123 Alegre), y se pedía a los padres que eligieran la palabra que tipificaba mejor a S e indicaran en qué medida (un poco, claramente, mucho) rodeando con un círculo un número. El registro de problemas de conducta (BPR) era una lista de veintiséis problemas específicamente infantiles; los primeros quince ítems eran una escala creada por Lovibond (1964) en su

trabajo sobre la enuresis, y los once últimos fueron añadidos por el autor. Muchos de los problemas del BPR se han asociado con la enuresis en la literatura psiquiátrica o han sido sugeridos como posibles nuevos síntomas si se elimina la enuresis sin tratar una causa subyacente (p. ej., encender fuego, chuparse el dedo, rabietas).

Evaluaciones de los maestros. Los Ss enuréticos del estudio estaban distribuidos en veintitrés escuelas públicas y dos escuelas parroquiales; dado que no había dos Ss enuréticos en la misma clase, intervinieron treinta maestros en las evaluaciones. De la clase de cada S enurético se eligieron al azar otros dos niños del mismo sexo para que sirvieran de controles.

Aunque E inicialmente entró en contacto con los tutores y directores, todos los contactos con los maestros y todas las pruebas de los niños corrieron a cargo de otro E (E_2). Se presentó la investigación a los maestros como si se tratara de un estudio sobre la creatividad. Nunca se hizo mención de la orina. Se dijo a los maestros que su clase y aquellos niños habían sido eligidos al azar. E_2 explicó que muchas de las hipótesis del proyecto resultarían deformadas si se daban a conocer a los maestros, pero que, una vez recogidos todos los datos, se reuniría con los maestros y les explicaría más plenamente el proyecto y el papel representado por su trabajo dentro del mismo. De manera que los maestros no se enteraron del tratamiento de la enuresis y de su relación con él hasta que estuvo terminado el estudio.

Se dio a los maestros un formulario de evaluación de 67 ítems para cada uno de los tres niños. Cada ítem se debía valorar según una escala de uno a cinco o de uno a siete. La mayoría de los ítems estaban sacados de la escala de evaluación de la escuela elemental de Devereux (Spivack y Swift, 1966) y de las escalas de evaluación de la conducta infantil de Devereux (Spivack y Levine, 1964). Ambas escalas habían sido analizadas factorialmente, y al elaborar el formulario de evaluación para los maestros se eligieron ítems propios de cada uno de los

factores. Estos factores representaban ciertos aspectos de la conducta escolar (p. ej., ansiedad académica, dependencia del maestro en el aprendizaje) o de la desadaptación personal (p. ej., agresión social, miedos, incapacidad para esperar). Dado que la mayoría de los ítems estaban formulados negativamente y medían «problemas», se añadieron nuevos ítems que exploraban cosas como la creatividad, la felicidad, la confianza, la responsabilidad, la madurez y la capacidad para el juego. Los ítems se formularon en tanto que conducta manifiesta, y se pidió a los maestros que compararan la conducta habitual de S con la de otros niños de su edad.

Se solicitó de los maestros que respondieran a estos cuestionarios tres veces a lo largo del año. El test I se realizó justo antes de empezar el tratamiento del S enurético, el test II una diez semanas más tarde, y el test III unas doce semanas después del test II.

Medidas del niño. Al mismo tiempo, E_2, que no sabía cuáles eran las hipótesis específicas que se investigaban ni sabía quién era el niño enurético, administró unos tests al niño enurético y a uno de los niños-control de cada clase. Se anunció a la clase que E_2 quería averiguar algunas cosas sobre los niños de escuela elemental que se habían sacado dos nombres «de un sombrero». La batería de test empezaba con el test de *Dibuja - una - persona* y el de *Dibuja - tu - familia*, e incluía cuatro láminas del TAT (aquí no vamos a decir cuáles) y un cuestionario de autoevaluación dividido en dos partes: a) el Cuestionario de autoimagen, una escala de dieciséis ítems ideada por el autor para medir los sentimientos que podía suscitar el hecho de ser enurético, que incluía ítems formulados positiva y negativamente, tales como «Mis padres están muy contentos conmigo», y «A menudo hago cosas que desearía no haber hecho», y b) el Inventario de Neuroticismo, una escala de veinte ítems que mide problemas neuróticos, creada y utilizada con enuréticos por Lovibond (1964), que incluye ítems como «Me preocupo bastante por cosas que podrían ocurrir», y «La mayor parte del tiempo me

siento melancólico». Los ítems de las dos escalas se presentaban verbalmente al S diciéndole que se trataba d. «cosas que han dicho niños (niñas) que yo conozco», y preguntaba a S si él era como aquel niño. (P. ej., «B b decía: tengo muchos dolores de cabeza. ¿Eres tú exactamente como Bob? ¿Un poco? ¿Nada?»)[1]

Ni los padres de los Ss a quienes se pasaban las pruebas ni los propios Ss sabían la relación existente entre estas pruebas escolares y el tratamiento; si los padres hacían preguntas en la escuela sobre las pruebas, se les decía también que su hijo era uno de los niños seleccionados al azar para un estudio sobre la creatividad.

Después de la prueba final era necesario determinar cuáles de los Ss control eran enuréticos. E telefoneaba a los padres de los Ss control pidiéndoles que respondieran a un cuestionario sobre su hijo. Se enviaba a los padres el mismo cuestionario que habían llenado los padres de Ss enuréticos, al que se añadían dos ítems: si se orinaba en cama y si se orinaba de día.

RESULTADOS

Fiabilidad e intercorrelación de las escalas

La tabla 1 muestra las fiabilidades de las medidas del cuestionario del test I, mediante la técnica modificada de Spearman-Brown, y de los coeficientes test-retest. Estas fiabilidades son satisfactorias para cuestionarios de este tipo. Las variables del dibujo que requerían un juicio subjetivo fueron puntuadas independientemente por el autor y por otro juez, y en el test I las fiabilidades interjueces oscilaron entre 0.43 y 0.95. Para analizar las

[1] Después de las primeras pruebas, pareció que algunos Ss podían estar respondiendo defensivamente a las escalas del cuestionario, y se puso de relieve la necesidad de una medida de la defensividad. De ahí que se administrara a la mayoría de los Ss en el test II y a todos los Ss en el test III la escala D empleada por Sarason y cols. (1960).

variables del dibujo se utilizó un promedio de las evaluaciones de los dos jueces.

Comparación de enuréticos y controles según las medidas anteriores al tratamiento

Los enuréticos y los controles no difirieron significativamente en ningún ítem de las escalas de autoevaluación, en ningún factor de las valoraciones de los maestros, ni en ninguna puntuación total. Ninguna de las variables específicas de dibujo de los tests de *Dibuja - una - persona* o *Dibuja - tu - familia* diferenció a los enuréticos de los controles. Además, dos psicólogos clínicos, haciendo juicios a ciegas sobre pares de dibujos (uno de un enurético, otro de un control), fueron incapaces de identificar los dibujos de los enuréticos más que por casualidad.

Tratamiento

La figura 1 resume los resultados de las diez primeras semanas de tratamiento. Hubo un descenso inicial apreciable en la frecuencia de micción, respecto al nivel anterior, durante las dos primeras semanas de terapéutica, en los dos grupos de tratamiento. Después de esto, la frecuencia del grupo de condicionamiento disminuyó a lo largo del período de diez semanas, mientras que la frecuencia de micción en los Ss que eran despertados se mantuvo sin cambios esenciales. Esta interacción situaciones × semanas fue significativa ($p < 0.05$ ($F = 2.54$: $df = 4/72$) según un análisis de varianza de los datos del tratamiento (excluyendo el nivel previo) tipo I de Lindquest (1956). Comparando el número de noches con micción en las semanas 1-2 y las semanas 9-10, una prueba t de segundo orden mostró que la mejoría en el grupo C había sido significativamente mayor que en el grupo WU ($t = 1.70$; $df = 18$; $p < 0.01$). Estos resultados indican que las dos situaciones produjeron efectos diferenciales a lo

largo del tiempo. En las semanas 9-10, el grupo de condicionamiento se orinaba significativamente menos que el grupo de «despertar» ($t = 1.70$; $df = 18$; $p = 0.05$).[2]

TABLA 1. Fiabilidades, según la técnica modificada de Spearman-Brown, del cuestionario del test I y fiabilidades test-retest.

Escala	Modificada r	Tests I-II*	Tests I-III
Inventario de neurosis infantil	0.94	0.80	0.70
Cuestionario de Autoimagen Infantil			
Ítems negativos +	0.79	0.74	0.67
Formulario de evaluación para los maestros	0.85	0.86	0.83
Lista de verificación de adjetivos			
Madre	0.89	0.87	—
Padre	0.83	0.92	—
Registro de problemas de conducta			
Madre	0.89	0.62	—
Padre	0.93	0.71	—

Una entrevista con las familias de la lista de espera, sostenida unas 10.6 semanas después de la primera visita de E, puso de relieve que la frecuencia media anterior de noches con micción no había cambiado. Durante este pe-

[2] Al evaluar las diferencias de tratamiento, es importante señalar que los Ss del grupo WU tuvieron la ayuda de ser despertados durante la noche hasta que hubieran progresado suficientemente para dejarlos solos, mientras que los Ss del grupo C no la tuvieron. Se supone que los Ss del grupo WU parecían más mejorados de lo que lo estaban en realidad. Por ejemplo, seis Ss del grupo WU habían mejorado lo suficiente como para que los dejaran solos algunas noches. El porcentaje medio de micción fue de 22.5 en las noches en que se les despertó y de 38.5 en las noches en que no se les despertó ($t = 2.51$; $df = 5$; $p < 0.03$).

* Para las medidas del niño y del maestro hubo un promedio de diez semanas entre los tests I y II, y un promedio de veintidós semanas entre los tests I y III. Para las medidas de los padres, el cuestionario al que respondieron justo antes del tratamiento fue correlacionado con la medida de después del tratamiento, dando sólo un coeficiente.

\+ Los ítems de autoimagen positivos no fueron fiables y no correlacionaron con los ítems negativos ni con otras medidas; por consiguiente, sólo se tuvieron en cuenta los ítems negativos.

ríodo, un S del grupo WL había dejado de orinarse, pero su frecuencia anterior era sólo de dos noches por semana, la más baja del estudio, y su disminución fue compensada por dos Ss que aumentaron de frecuencia. Comparando el número de noches con micción en las tres semanas anteriores con las tres semanas comparables del grupo C y el grupo WU (semanas 8 a 10 de tratamiento), la media de noches con micción del grupo WL ($X = 17.7$) fue significativamente mayor que la media del grupo C ($X = 5.5$; $t = 4.30$; $df = 18$; $p < 0.001$) o la media del grupo WU ($X = 9.3$; $t = 3.21$; $df = 18$; $p < 0.01$).

Resumen del tratamiento. En total, catorce Ss empezaron con el mecanismo de condicionamiento; de éstos, once alcanzaron la detención inicial. Catorce Ss empezaron con la situación de despertar; de éstos, dos alcanzaron la detención inicial. Diez Ss que habían dado muestras de escasa mejoría pasaron al condicionamiento, y subsiguientemente siete dejaron de orinarse.

Así pues, de los treinta Ss enuréticos, uno dejó de orinarse sin tratamiento, otro no empezó el tratamiento, un tercero lo dejó antes de que se pudiera completar el tratamiento. De los veintisiete Ss restantes, el 74 % acabaron «curados» (sin orinarse durante un período de un mes, como mínimo), y el 15 % acabaron «muy mejorados» (sin orinarse durante un período de dos semanas como mínimo, y orinándose menos de una noche por semana). Durante el seguimiento, que duró una media de seis meses, cuatro Ss curados recayeron, aunque dos de ellos, que volvieron a tratarse, volvieron a dejar de orinarse.

Cambios después del tratamiento

Entrevistas y cuestionarios a los padres. Al evaluar los resultados de las medidas de los padres es importante señalar que podrían haberse encontrado en los Ss-control cambios similares a los hallados en Ss enuréticos si se hubiera contado con medidas comparables. Además, las

medidas de los padres pueden reflejar un deseo de complacer al E. Naturalmente, fue por estas razones por las que se tomaron medidas independientes en la escuela de los Ss enuréticos y de los Ss-control.

La observación más frecuente comentada por los padres fue la felicidad del niño al dejar de orinarse. Muchos niños pudieron, por primera vez, pasar una noche en casa de unos amigos o parientes o ir a un campamento de verano; tres niños ingresaron inmediatamente en los Boy Scouts. Se decía que los niños se estaban aventurando en nuevas actividades, adquirían más responsabilidad, y se volvían más autónomos.[1] Por ejemplo, los padres hacían afirmaciones como éstas: «La niña parece capaz de hacer cosas por sí sola»; «Ahora la niña cocina, cose, lee».

Aunque la mayoría de los padres dijeron que no habían observado ningún problema nuevo, varios padres informaron de algún problema nuevo en algún momento. Un niño se defecó en los calzoncillos varias veces inmediatamente después del tratamiento. Otro empezó a depender más de su madre, haciendo que ésta tomara decisiones por él. Un tercero empezó a hacer guiños. Ninguna de estas cosas resultó duradera, y cada una de ellas pareció surgir provocada por nuevas tensiones específicas, aunque no es posible decir si tenían alguna relación con el tratamiento.

Tanto las madres como los padres de los Ss curados indicaron mejoras en la adaptación en la ACL y el BPR. Las puntuaciones combinadas de los padres en la ACL mostraron una mejoría media de 3.5, significativa al nivel de $p = 0.002$. Las puntuaciones combinadas de los padres en el BPR mostraron una mejoría media (disminución de los problemas referidos) de -2.8, significativa al nivel de $p = 0.05$.

Medidas escolares. El test II proporcionó una medida de los cambios que ocurrieron durante el tratamiento o inmediatamente después del mismo. Del test I al test II hubo una media de diez semanas, y en el test II se juzgó que diecisiete Ss habían mejorado (se orinaban con una

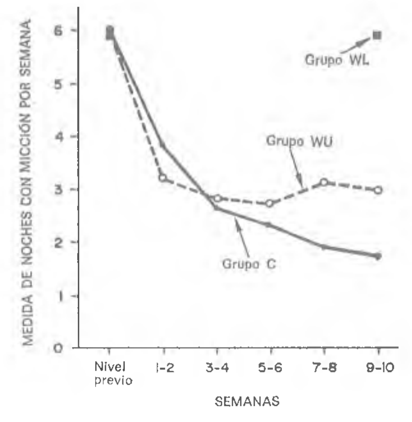


FIGURA 1. Media de noches con micción por semana a lo largo de las 10 primeras semanas de tratamiento en los grupos C, WU y WL.

frecuencia menor que la mitad de su frecuencia de origen). Del test I al test III hubo una media de veintidós semanas. En el momento del test III, trece Ss estaban curados, y otros ocho Ss estaban muy mejorados (se orinaban una vez por semana o menos). Los niños que se consideraban curados llevaban sin orinarse una media de casi tres meses.

Evaluaciones del maestro. Se determinaron unas puntuaciones de cambio para las evaluaciones totales de los

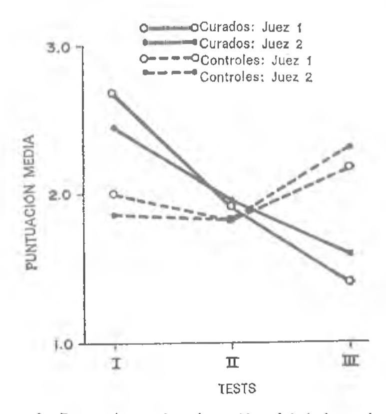


FIGURA 2. Puntuaciones de adaptación global determinadas por unos jueces en función de los dibujos del test de *Dibuja - una - persona;* las puntuaciones más bajas indican mejor adaptación.

maestros del test I al test II; los enuréticos se dividieron en «mejorados» y «no mejorados» y fueron comparados unos con otros y con sus controles. Para las comparaciones entre el test I y el test III, los enuréticos se clasificaron en curados, muy mejorados, o ligeramente mejorados, y se compararon con sus respectivos controles. Ninguna de las puntuaciones medias de cambio, ni las diferencias entre ellas, se aproximaron a la significación estadística; los maestros mostraron un alto grado de coherencia en sus evaluaciones, y las puntuaciones medias de cambio fueron pequeñas. Sólo en tres de los

veinticuatro factores las puntuaciones de cambio diferenciaron significativamente a los enuréticos curados de sus controles: los enuréticos curados aumentaron significativamente más ($p < 0.05$) en ansiedad académica, impulso hacia el éxito académico y conducta no ética.[3]

Cuestionarios de autoinformación de los niños. Hubo una tendencia general descendente (menos problemas referidos) en los cuestionarios del test I al test II. En la tabla 2 se muestra la dirección de los cambios de enuréticos y controles. Aunque el tratamiento estaba en marcha o acabado recientemente, los Ss enuréticos que habían mostrado mejoría en la cuestión de la micción nocturna dieron cuenta de menos problemas que antes. Esta mejoría se comparaba favorablemente con los cambios manifestados en las puntuaciones de cuestionarios de los Ss enuréticos no mejorados y de los Ss-control.

Al analizar los cambios del test I al test III, se prestó especial atención a los Ss que se consideraban curados,[4] ya que estos Ss debieran manifestar cambios adversos según la hipótesis de la sustitución de síntomas. En el Inventario de Neuroticismo, ningún S curado informó de más problemas, y en el Cuestionario de Autoimagen sólo un S aumentó la puntuación. La mejoría media de los enuréticos curados fue mayor que la mejoría media de sus controles tanto en el Inventario de Neuroticismo ($t = 1.49$; $df = 20$; $p = 0.08$) como en el Cuestionario de Autoimagen ($t = 1.79$; $df = 20$; $p < 0.05$). Combinando los cuestionarios, la mejoría media desde el test I hasta el test III en los enuréticos curados ($X = -15.6$) fue

---

3 De hecho, los enuréticos curados sólo aumentaron un poco su impulso hacia el éxito académico y su conducta no ética, pero los controles disminuyeron de puntuación en estas variables, dando lugar a la diferencia significativa. Sin embargo, en el test I había una gran diferencia entre estos Ss por lo que se refiere a estos factores, e incluso después de los cambios mencionados los Ss-control seguían teniendo unas puntuaciones más altas que los enuréticos.

4 No se pudieron pasar los tests por tercera vez a un S curado y a su control debido a la falta de cooperación de la escuela. El control de otro S curado se había marchado, o sea que no se incluyó este par. Así pues, en total, hubo once pares curado-control.

significativamente mayor que en sus controles ($X = -6.4$) en $p = 0.03$ ($t = 1.93$; $df = 20$).[5]

No hubo ningún ítem de los cuestionarios en el que los enuréticos curados y los muy mejorados mostraran un cambio negativo significativo o en el que sus controles mejoraran más que los Ss enuréticos. Los enuréticos curados y los muy mejorados progresaron significativamente más que los controles ($p < 0.05$) en los siguientes ítems: «Siempre me están regañando o castigando»; «A menudo me han castigado por nada»; «A menudo tengo náuseas»; «La mayor parte del tiempo me siento melancólico».

TABLA 2. Dirección del cambio en las puntuaciones de los cuestionarios del test I al test II

Cuestionario	Enuréticos mejorados	Enuréticos no mejorados	Controles
Inventario de neuroticismo*			
Aumento	0	3	10
Igual	0	3	1
Disminución	17	7	19
Cuestionario de autoimagen+			
Aumento	2	4	6
Igual	1	1	1
Disminución	14	8	23

Nota. — Disminución significa mejoría (menos problemas referidos).
*$\chi^2 = 15.19$, $p < 0.01$. +$\chi^2 = 2.14$, $p > 0.10$.

Dibujos. La puntuación de las variables específicas de los tests *Dibuja - una - persona* y *Dibuja - tu - familia* no reveló cambios significativos. Se sacó una puntuación total para cada S, basándose en las concepciones que defiende la literatura sobre el dibujo (p. ej., Machover, 1951; Mazen, 1963), acerca de lo que constituye una mejoría en

[5] Una explicación de esta disminución sería la del aumento de la defensividad. Dado que no se dispuso de puntuaciones de escala D para el test I, el único cambio que pudo analizarse fue el que hubo entre el test II y el test III. Las puntuaciones de defensividad fueron muy estables, y los cambios no diferenciaron a los enuréticos curados y a los controles.

la adaptación. Para ponderar cada variable equitativamente, sólo se consideró el signo de cambio. Signos de un cambio hacia una mejor adaptación eran, p. ej., un aumento en el número de partes del cuerpo, en el tamaño de la persona, en el número de los colores usados, en la adecuación de los colores, en la cantidad de ropa, sonrisa y movimiento, y una disminución de los tachones, la presión, la distorsión, la extrañeza, las rasgaduras del papel, la transparencia, las figuras como palos, dibujar visiones laterales, dibujar el sexo opuesto, y el afecto negativo. Los enuréticos curados mostraron una mejoría media ($X = 1.36$; $p = 0.06$) y difirieron significativamente de sus controles, que mostraron un ligero empeoramiento ($X = -1.45$; t, diferencia de segundo orden $= 2.29$; $df = 20$; $p = 0.02$).

Además, se pidió a dos psicólogos clínicos diplomados y con quince y treinta años de experiencia en terapia y diagnóstico, respectivamente, que evaluaran los dibujos del test *Dibuja - una - persona* en lo referente a expresiones de desadaptación. Se asignó al azar un número entre el uno y el sesenta a cada uno de los treinta Ss enuréticos y los treinta Ss-control, y los tres dibujos de cada S (tests I, II y III) se ordenaron al azar en una de las seis permutaciones posibles. Se dijo a los jueces la edad, la raza y el sexo de cada niño, y ellos tuvieron que ordenar los tres dibujos con respecto a la adaptación global. Así, al evaluar los dibujos, el juez no sabía qué dibujos habían sido hechos por Ss enuréticos y por no enuréticos, ni el orden en que habían sido dibujados.

En este tipo de análisis, las diferencias entre grupos se reflejan en la pendiente de las curvas que conectan las puntuaciones medias a través de los tests. Como vemos en la fig. 2, para los dos jueces las puntuaciones medias de los enuréticos curados disminuyen a través de los tres tests, mientras que la curva de los controles es esencialmente plana. La mejoría en la puntuación de adaptación desde el test I hasta el test III de los enuréticos curados fue significativa para el Juez 1 ($t = 3.81$; $dif = 10$; $p = 0.002$) y para el Juez 2 ($t = 2.36$; $df = 10$; $p = 0.02$).

Cuando se comparó esta puntuación de cambio entre el test I y el test III de los enuréticos curados con una puntuación similar de sus controles, la prueba *t* de segundo orden mostró que la mejoría en la adaptación de los enuréticos curados era significativamente mayor que la de los controles, para el Juez 1, $p = 0.007$ ($t = 2.72$; $df = 20$) y para el Juez 2, $p = 0.004$ ($t = 2.88$; $df = 20$).

COMENTARIO

Así pues, el presente estudio sugiere que es sumamente dudoso que el éxito del tratamiento de condicionamiento de la enuresis nocturna pueda explicarse como algún tipo de «cura de transferencia», basada sólo en la relación terapeuta-paciente y en la motivación que ésta engendra. El procedimiento de despertar al paciente no fue tan eficaz como el tratamiento de terapia de la conducta total, a pesar de que hubo la misma cantidad de contacto con el terapeuta. Estos descubrimientos son similares a los de Lang y Lazovik (1963), Lazarus (1961), Paul (1966) y Davison (1968), que contrastaron la desensibilización sistemática mediante otros métodos que implican el mismo contacto con el terapeuta.

Otra forma de enfocar esta cuestión de la importancia relativa del terapeuta y su técnica es la de retirar al terapeuta en alguna medida y ver si el tratamiento se vuelve menos eficaz. Los hallazgos de la exploración indicaron que el tratamiento es igualmente eficaz con menos contacto con el terapeuta, resultado congruente con el hecho de que muchos padres estén comprando aparatos de condicionamiento y curando la enuresis de sus hijos sin ninguna ayuda profesional.

Las medidas de adaptación no mostraron un empeoramiento en la adaptación subsiguiente al tratamiento; antes bien, se encontraron otras mejoras. Se informó de que los niños estaban más felices, menos ansiosos y más maduros, asumían responsabilidades y se aventuraban en actividades nuevas. Los cambios en los ítems de autoevaluación de los niños referentes al castigo sugieren que

posiblemente la curación tuvo efectos beneficiosos en la relación padres-hijo, o, como mínimo, en la percepción de la misma por parte del niño. Finalmente, los dibujos mostraron una mejoría espectacular de los que podríamos llamar la «autoimagen».

Aunque muchos clínicos consideran que la enuresis es síntoma de trastorno emocional, las predicciones tradicionales sobre el tratamiento y la subsiguiente adaptación de estos síntomas no han podido sostenerse. Esto podría sugerir que la hipótesis de la sustitución de síntomas es insostenible y que los síntomas neuróticos, en el sentido dinámico tradicional, pueden eliminarse con ecuanimidad a pesar de las ventajas psicológicas que proporcionan. Quizás en los casos en que tiene éxito el tratamiento, los beneficios resultantes de no orinarse pesan más que estas «ventajas primarias». Por otra parte, es posible que no surjan nuevos síntomas porque orinarse en la cama sea simplemente un hábito deficitario más que una expresión o una salida de un conflicto interno. En cualquier caso, parece que los peligros de un tratamiento directo de la enuresis han sido exagerados, y una investigación similar sobre otros trastornos clásicos podría ser de considerable valor para entender mejor la cuestión de la sustitución de síntomas y la más básica de la formación de síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

Baller, W. y Schalock, H. Conditioned response treatment of enuresis. *Exceptional Child*, 1956, *22*, 233-236.

Behrle, F. C., Elkin, M. T. y Laybourne, P. C. Evaluation of a conditioning device in the treatment of nocturnal enuresis. *Pediatrics*, 1956, *17*, 849-855.

Biering, A. y Jespersen, I. The treatment of enuresis nocturna with conditioning devices. *Acta Paediatrica*, 1959, *48* (Monogr. Suppl. No. 118), 152-153.

Breger, L. y McGaugh, J. L. Critique and reformulation of «learning-theory» approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 1965, *63*, 338-358.

Davison, G. C. Systematic desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, *73*, 91-99.

Freud, S. On psychotherapy. (Orig. publ. 1904) en *Collected papers of Sigmund Freud.* Vol. 1. New York: Basic Books, 1959.

Kahn, M., Baker, B. L. y Weiss, J. M. Treatment of insomnia by relaxation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, *73*, 556-558.

Lang, P. J. y Lazovik, A. D. Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, *66*, 519-525.

Lazarus, A. A. Group therapy of phobic disorders by sistematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, *63*, 504-510.

Lazarus, A. A. The results of behaviour therapy in 126 cases of severe neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 1963, *1*, 69-80.

Lindquist, E. F. *Design and analysis of experiments in psychology and education.* Boston: Houghton Mifflin, 1956.

Lovibond, S. H. *Conditioning and enuresis.* Oxford: Pergamon Press, 1964.

Machover, K. Drawings of the human figure. En H. Anderson y G. Anderson (Eds.), *An introduction to projective techniques.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1951.

Mazen, R. Comparative study of the drawings of normal and disturbed children. Unpublished manuscript, Yale University, 1963.

Mowrer, O. H. *Learning theory and personality dynamics.* New York: Ronald Press, 1950.

Orne, M. T. On the social psychology of the psychological experiment with particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 1962, *17*, 776-783.

Paul, G. L. *Insight versus desensitization in psychotherapy.* Stanford: Stanford University Press, 1966.

Rosenthal, R. *Experimenter effects in behavioral research.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1966.

Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Waite, R. R. y Ruebush, B. K. *Ansiety in elementary school children.* New York: Wiley, 1960.

Smith, S. *The psychological origin and treatment of enuresis.* Seattle: University of Washington Press, 1948.

Sperling, M. Dynamic considerations and treatment of enuresis.

Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1965, *4*, 19-31.

Spivack, G. y Levine, M. The Devereux Child Behavior Rating Scales: A study of symptom behaviors in latency age atypical children. *American Journal of Mental Deficiency*, 1964, *68*, 700-717.

Spivack, G. y Swift, M. The Devereux Elementary School Rating Scale: A study of the nature and origin of achievement related to disturbed classroom behavior. *Journal of Special Education*, 1966, *1*, 71-90.

Wolpe, J. The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1961, *132*, 189-203.

TERAPIA DE LA CONDUCTA Y ENCOPRESIS EN NIÑOS *

D. H. NEALE +

St. Andrew's Hospital, Thorpe, Norwich

Resumen: Se describe un método para tratar la encopresis basado en la teoría del aprendizaje. Comprende los siguientes pasos:

1. Diagnóstico exacto de la anomalía fisiológica mediante exploración abdominal y rectal e inspección de las deposiciones como es normal en la práctica médica.
2. Corrección de la anomalía fisiológica, si procede, por medios tales como el recetar un laxante del tipo del Isogel.
3. Diagnóstico exacto de la etiología conductual de la encopresis.
4. Si el impulso condicionado de evitación no es excesivo (como en los casos 1, 2 y 3), será adecuado el condicionamiento instrumental y puede instituirse el régimen que se describe aquí. Se lleva al niño al retrete cuatro veces al día, y allí se está sentado hasta que se produce un movimiento intestinal o hasta que transcurren cinco minutos. Si se produce un movimiento intestinal, se felicita al niño y se le da un dulce (u otra recompensa apropiada). Si tiene los calzoncillos sucios, se le dan unos limpios. No hay castigos ni reproches de ningún tipo por unos calzoncillos sucios, ni recompensas

---

* Reproducido de *Behaviour Research and Therapy*, 1963, 1, 139-149. Copyriht 1963, con autorización de Pergamon Press Publishing Company y del doctor D. H. Neale.

+ Ahora en Matsqui Institution, Abbotsford, B. C., Canadá.

por unos limpios. Una vez eliminada la encopresis, hay que seguir recompensando al niño intermitentemente por sus «acciones» intestinales con buen resultado durante varios meses.

Si la reacción condicionada de evitación es excesiva, como en el caso 4 (y esto podría haberse descubierto antes de comenzar el régimen de entrenamiento), hay que idear un programa para reducir ésta. Puede que sea necesario utilizar el régimen de entrenamiento más adelante.

Este método se ha aplicado a cuatro casos de encopresis psicógena duradera resistente a otros métodos. Hubo un éxito rápido en tres casos, y en el caso en que fracasó esto es atribuible a una aplicación equivocada de la teoría del aprendizaje más que a defectos de enfoque. Se hacen comparaciones con enfoques pediátricos y psicoterapéuticos y se encuentra una amplia área de acuerdo en la práctica con los principios de la teoría del aprendizaje.

Se llega a la conclusión de que la teoría del aprendizaje puede aplicarse provechosamente a la encopresis, pero que los métodos pueden refinarse más.

Este trabajo registra la experiencia del tratamiento de cuatro niños con encopresis. La selección de casos fue fortuita, ya que de un grupo de veinticinco niños internos en la unidad a la que estuvo asignado el autor durante un período de seis meses, estos cuatro eran los únicos niños encopréticos. Esperamos que esta experiencia ilustre un enfoque del problema que es terapéuticamente útil, que está abierto al desarrollo teórico de una manera que no lo están las formulaciones analíticas, y al mismo tiempo evite la falsa dicotomía entre enfermedades psicógenas y orgánicas.

El método implica la utilización de ciertos conocimientos fisiológicos y neuroanatómicos sobre la función intestinal, además de la teoría del aprendizaje. Este trabajo resume un aspecto particular del tratamiento de los niños, pero, naturalmente, éstos estaban recibiendo todos los beneficios de una unidad psiquiátrica infantil. Lo que se explica aquí se apoya en gran medida en la teoría del aprendizaje. En particular se utiliza el método del condicionamiento operante, que cuenta con una larga historia

de estudio en situaciones de laboratorio (Skinner, 1959; Ferster, 1958) para producir la respuesta deseada. El concepto de desensibilización a situaciones fóbicas descrito por Wolpe (1958) fue una guía para hacer posible el decrecimiento de la respuesta fóbica condicionada a la defecación, aunque en estos niños concretos no fue necesario usar técnicas de relajación. La obra de Mowrer y Mowrer (1938) y de otros autores sobre el tratamiento condicionado de la enuresis es de gran importancia, ya que ha estimulado otras aplicaciones de la teoría del aprendizaje a problemas clínicos. Sin embargo, no es directamente aplicable a las formas de encopresis descritas aquí. Los estados de incontinencia de orina e incontinencia de heces son fisiológica y conductualmente diferentes. El primero requiere que se fomente una inhibición condicionada de la respuesta de vaciar la vejiga y el desarrollo de la capacidad de almacenar orina, mientras que el último requiere que se fomente el acto de la defecación y la restauración del estado fisiológicamente normal de tener el recto vacío.

Utilizando la división de la conducta neurótica en el impulso condicionado de evitación (I.C.E.) y las respuestas instrumentales con las que se reduce el I.C.E. (H. Gwynne-Jones, 1960), puede verse que en este estudio el tratamiento se dirigió a la respuesta instrumental, y en tres casos fue suficiente. En el cuarto caso fue insuficiente y no se logró la curación; probablemente se requería combatir al propio I.C.E.

La encopresis se considera en términos de estímulo y respuesta y de formación de una conexión S-R mediante un reforzamiento apropiado.

EL ESTÍMULO

En estado de salud, el recto está vacío. Cuando llega al recto una masa fecal, se experimenta una sensación de repleción que normalmente da lugar a la respuesta de dirigirse a un retrete y defecar allí. Si no se produce la defecación, desaparece la mencionada sensación. Entonces el sujeto deja de ser consciente de que tiene el recto lleno.

Si el recto está distendido, el ano puede dilatarse también sin que el sujeto se dé cuenta y puede darse una incontinencia (Gaston, 1948). Si hay un debilitamiento de la vía sensorial del reflejo, el entrenamiento de S-R se verá debilitado o impedido. Esto ha sido claramente demostrado en casos de interrupción anatómica por Goligher y Hughes (1951). Es razonable suponer un efecto similar cuando la interrupción es funcional. Todos los sujetos de este estudio dijeron que no experimentaban la sensación de repleción rectal.

LA RESPUESTA

Ésta consiste en un acto expulsor vaciador del recto y descendente del colon, y requiere sólo unos momentos para efectuarse en sujetos sanos. Este acto consta de una serie de reflejos coordinados que pueden desorganizarse por el fallo de un miembro de la serie. En los cuatro sujetos estudiados, este acto estaba gravemente desorganizado al principio del entrenamiento. Se había desarrollado plenamente el síndrome descrito por Keele y Neil (1961), con un recto constantemente lleno del que se expelían pequeñas cantidades de heces a intervalos cortos sin producirse nunca una evacuación completa.

EL VÍNCULO S-R

Anthony (1957) ha prestado atención a los sutiles vínculos de la relación madre-hijo en la situación de entrenamiento. En el estudio de cada caso detallaremos los factores que parezcan relevantes. Lo más destacado en estos casos es la inhibición de la R por miedo. Pinkerton (1958), en su estudio sobre el megacolon psicógeno, da detalles de este proceso. Una vez desarrollado el estreñimiento con el consiguiente debilitamiento del S y la encopresis resultante, el niño atrae sobre sí las iras paternas, que aumentan su miedo y le inhiben todavía más la R.

Esto es así particularmente cuando la orden habitual de los padres es «contrólate» y «aguántate» en vez de «evita ensuciarte».

MÉTODO DE TRATAMIENTO

La finalidad del tratamiento era fomentar una R normal mediante el condicionamiento instrumental, creando al mismo tiempo unas circunstancias en las que pudiera debilitarse la respuesta de ansiedad condicionada. Esto último se intentó por medio del método de la inhibición recíproca. Se llevaba a los niños al retrete después de cada comida principal y a la hora de acostarse (cuatro veces al día). Esto lo hacía amablemente una enfermera conocida del niño. Se permitía al niño cerrar la puerta del retrete si lo deseaba, y en un caso (W. S.) se le daba un caramelo para chupar y un tebeo para leer, con la intención de inhibir la reacción de ansiedad asociada en este niño con el hecho de estar sentado en el retrete. Se explicaba plenamente el procedimiento al niño y se hacían todos los esfuerzos para conseguir que no fuera desagradable y que no lo recibiera como un castigo.

En dos casos (R. C. y W. S.) se dio Isogel (Allen y Hanbury) (que es mucílago seco de semillas tropicales) para proporcionar una masa adicional que hiciera funcionar al colon y lograra que las deposiciones fueran suaves y no dolieran al pasar. El niño descubría que el éxito de la defecación en el retrete era recompensado. Probablemente el reforzamiento más poderoso era la aprobación de la enfermera y el conocimiento por parte del niño de que estaba progresando de cara a perder un síntoma odiado. Además, recibía una recompensa que consistía en dulces, barritas de chocolate, cacahuetes, estrellas para pegar en un cuaderno o peniques, variando según los intereses del niño y cambiando a medida que el niño se cansaba de algo.

Una vez el niño se había acostumbrado a usar el retrete y ya no se ensuciaba, se abandonaba la práctica de cuatro veces al día. Ahora se decía al niño que fuera al

excusado siempre que tuviera la sensación de repleción rectal (que para entonces ya había recuperado). Después de informar de un buen resultado, recibía su recompensa. Esto constituía un período de sobreaprendizaje. Se hizo un intento de proporcionar reforzamiento parcial, pero esto dio lugar a dificultades de procedimiento y se abandonó por considerarse un refinamiento no esencial del método.

Se llevaba un registro de los actos de defecación. Se asignaban dos puntos a una defecación normal. En las primeras fases ocurría frecuentemente que se producían dos o tres bolitas, cada una del tamaño de un guisante. A este tipo de acción intestinal se le asignaba un punto. Si los calzoncillos estaban sucios, también se asignaba un punto, o dos, y se daban unos calzoncillos limpios. Las averiguaciones sobre el estado de los calzoncillos se hacían con mucho tacto, y no se hacía ningún tipo de reproche. Todos estos niños anteriormente habían sido castigados con exceso por ensuciarse y se consideraba que el miedo engendrado había interferido activamente en el aprendizaje de la respuesta deseada. Los registros se muestran gráficamente en forma de un par de curvas, una que representa el debilitamiento de la respuesta indeseada (defecación involuntaria e incontrolada) y la otra el aumento de la respuesta deseada (defecación en el retrete). Durante el tratamiento no había ningún otro cambio en la vida del niño en la sala y la terapia ambiental; la terapia ocupacional y la terapia por el juego continuaban igual que antes.

Caso 1. R. C., edad: siete años y medio, CI: 80 (W.I.S.C.)

Decían que cuando tenía un año ya era continente de orina y heces de día y de noche. A los tres años empezó a ir a un parvulario donde el retrete estaba situado de forma incómoda. Se empezó a producir incontinencia fecal unas dos veces por semana. Esto se intentó solucionar pegando al niño y obligándole a pasar largos períodos sentado en el retrete después de cada acto de incontinencia. A continuación —como era de prever, según la

teoría del aprendizaje— vino la negativa a defecar en el retrete, y a los cinco años no entraba en un cuarto de baño si no iba acompañado, y, aunque entrara, no defecaba allí. Estaba defecándose constantemente en los pantalones de día, o en el pijama de noche, y en ningún otro sitio. Su padre murió cuando tenía cuatro años. Al empezar la escuela primaria (cinco años) mostró tanta conducta agresiva, que la directora temía por la seguridad de los demás niños. No tenemos datos para determinar si su hostilidad a otros niños venía determinada en parte por el disgusto y el escarnio de éstos ante su estado de suciedad.

Empezó a acudir semanalmente al dispensario de una clínica psiquiátrica infantil a los cinco años y medio, pero no mejoraron ni la encopresis ni la conducta. Ingresó en la clínica a los seis años y tres meses de edad. Durante los dos primeros meses se llevó un registro, únicamente a efectos diagnósticos, que mostraba que era incontinente dos o tres veces al día, y por la noche a menudo hacía deposiciones grandes y consistentes involuntariamente. Decía que nunca sentía deseos de defecar y que no se daba cuenta cuando se producía la defecación. Este registro fue puntuado de forma similar a la del presente estudio, y hasta cierto punto sirve de control. No es plenamente satisfactorio como control, porque no se sabe en qué medida era recompensado el niño por la aprobación de las enfermeras cuando se producían acciones intestinales en el retrete. El registro gráfico no muestra inequívocamente que tuviera o no tuviera lugar el aprendizaje, pero si hubo aprendizaje, no llegó a la tasa alcanzada con el tratamiento planeado.

A los siete años y tres meses, después de un año en el hospital, su conducta general había mejorado pero la encopresis estaba peor. Nunca defecaba en el retrete, y cuando se le exploraba eran palpables múltiples masas fecales en el abdomen inferior. No se hizo exploración rectal, pero la del abdomen indicaba un estreñimiento extremo. Se instituyó el procedimiento de entrenamiento

y al cabo de unos días empezó a usar el retrete, y cinco semanas después sólo tenía accidentes ocasionales (fig. 1).

Después de tres meses, las enfermeras responsables de él lo consideraron curado, ya que nunca notaban que se ensuciara. Sin embargo, una inspección atenta de sus calzoncillos reveló que dos o tres veces por semana estaban ligeramente manchados, como si se hubiera secado mal. Esta situación ha persistido sin cambios al trasladársele a un internado para niños subnormales educables. Parece que la fisiología intestinal todavía no ha vuelto completamente a la normalidad, pero han desaparecido todas las incapacidades sociales que antes estaban asociadas con el estado de este niño. En el internado no ha habido recaídas en su conducta.

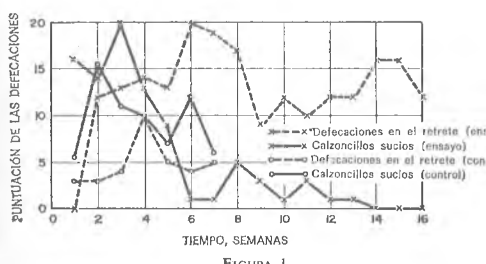


FIGURA 1.

Comentario

El control normal de los intestinos se vino abajo ante un estrés ambiental desfavorable, y el mal se quiso arreglar con castigos. La situación del niño al principio del tratamiento era de estreñimiento con pérdida de sensación rectal y el intestino se vaciaba de forma refleja sin que el niño se diera cuenta. Es innecesario relacionar la

encopresis con la muerte de su padre un año después de empezar a sufrirla, o postular que la encopresis y la conducta que hubo de los cinco a los seis años eran dos manifestaciones del mismo instinto agresivo.

Caso 2. J. E., edad: diez años, CI: escala total 117; verbal 124; manipulativa 108 (W.I.S.C.)

Limpio y seco desde los dos años de edad. Había experimentado fobia al retrete cuando tenía un año, pero había desaparecido. A los cuatro años, tuvo una crisis de diarrea después de comer fruta y se ensució. El padre se puso furioso y le pegó fuerte; la madre se compadeció y a continuación se produjo una pelea importante entre los padres. Entonces fue encoprético hasta que el padre, un hombre violento y frecuentemente borracho, se fue de casa dieciocho meses más tarde. Durante seis meses fue limpio, pero luego volvió el padre y tuvo una discusión violenta con la madre, a la que golpeó delante del niño. La encopresis reapareció y persistió. La madre le amenazaba, le sobornaba y le pegaba con una correa, asociando todas estas medidas con órdenes de que se aguantara las heces. Durante un año el niño asistió semanalmente a una terapia por el juego, mientras un asistente social se ocupaba de la madre, pero no hubo mejoría. Ingresó en el hospital y al cabo de un mes no se había producido ningún cambio. Al final de este mes, cuando empezó el programa de entrenamiento, las masas fecales eran palpables al explorar el abdomen, y cuando se exploró el recto se encontró una masa de heces justo en el esfínter. Nunca usaba el retrete para defecar y hacía voluminosas deposiciones en los pantalones con una frecuencia media de una vez al día. Tenía breves períodos de limpieza —hasta de una semana—, pero en estos períodos no defecaba en absoluto. Esta conducta indica que la única aproximación a la continencia que conocía el niño era la de inhibir la defecación. Él decía que no podía expeler voluntariamente las heces y que, cuando se producía la expulsión involuntaria, él no se daba cuenta.

Para el programa de entrenamiento no se usaron purgantes y se le dieron dulces como recompensa. Se pretendía usar la primera semana como período de control sin dulces, pero, como muestra la gráfica, la utilización del retrete empezó enseguida, de manera que los dulces sólo juegan un papel poco importante en este caso. La continencia total se obtuvo al cabo de dos meses, y después de cuatro meses era palpable el colon descendente y al explorar el recto se encontraban heces, de manera que el colon y el recto no funcionaban con completa normalidad. Permaneció en el hospital otros tres meses debido a una disputa legal entre sus padres a propósito de su custodia, ya que ninguno era capaz de proporcionarle un hogar satisfactorio. Fue trasladado a un internado, donde es un miembro feliz y bien integrado de la comunidad, plenamente continente seis meses después de la terminación del tratamiento (fig. 2).

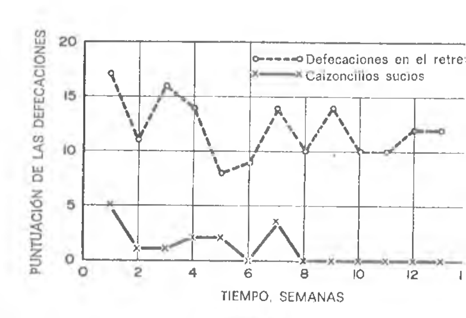


FIGURA 2.

Comentario

En este caso, la etiología de la encopresis podía formularse bien hablando de un complejo de Edipo, y aparecieron muchos datos no citados aquí congruentes con esta formulación. Sin embargo, desde el punto de vista del tratamiento, parece más provechoso verlo como una inhibición condicionada de la defecación producida por una fuerte respuesta de ansiedad, suscitada por un padre intolerante y punitivo y mantenida por una madre desconcertada y desesperada. La rapidez con que este niño usó el retrete en el hospital cuando empezó el régimen de entrenamiento puede explicarse de varias maneras. La respuesta de ansiedad podía haber sido condicionada al retrete de su casa, y no necesariamente tenía que haberse generalizado completamente a un retrete diferente. Además, el mes transcurrido en el hospital antes de empezar el entrenamiento pudo ser esencial en la reducción de su ansiedad global, al proporcionarle una atmósfera tolerante y no punitiva. Finalmente, este niño de diez años, siendo inteligente, pudo beneficiarse de las explicaciones muy completas sobre lo que se estaba haciendo que se le dieron en varias ocasiones, de forma amistosa y comprensiva.

Caso 3. G. M., edad: 9 10/12 años, W.I.S.C., CI: factor verbal 112; factor manipulativo 69

El estreñimiento había sido un gran problema para la madre cuando era niña y ésta tenía mucho miedo de que le ocurriera lo mismo a su hijo. Y le ocurrió. A los dos años y medio iba limpio y seco, pero tuvo cólicos y estreñimiento hasta el punto de necesitar enemas de los tres a los cuatro años, otra vez a los siete años, y de nuevo a los ocho años y medio. La defecación parecía dolorosa y, retrospectivamente, el niño decía que temía defecar por causa del dolor. Cuando discutía con su madre, una de las amenazas que formulaba el niño era: «Si no me dejas hacer tal cosa, no iré al maldito retrete».

Le llevaron por primera vez a la Clínica de Orientación Infantil a los seis años, debido a su conducta agresiva, fobias y juego sexual, pero dejó de comparecer después de unas cuantas visitas. Volvió a acudir a los ocho años, por los mismos problemas, a los que ahora se añadía el del retraso escolar. Recibió semanalmente terapia por el juego, pero al cabo de cuatro meses empezó la encopresis. Su aparición no estuvo asociada con ninguna mejora o cambio en ningún otro aspecto, y el hecho de que se presentara entonces en vez de —por ejemplo— un año antes o después parece fortuito. Continuó asistiendo semanalmente con su madre durante seis meses, pero luego fue ingresado porque su madre estaba desbordada por la encopresis. Seis meses después de su ingreso, su conducta general había mejorado algo, pero persistía la encopresis. Le fluían continuamente heces líquidas, y llevaba gasas y bragas de plástico. No usaba el retrete para defecar nunca. Cuando se le exploraba, eran palpables las masas fecales en el abdomen. Era demasiado nervioso para permitir la exploración rectal, pero cuando se le retraían suavemente las nalgas, podía verse el esfínter anal abierto con un diámetro de dos centímetros y tras él el bulto de las heces. La respuesta al tratamiento fue rápida y completa: el niño se volvió plenamente continente y empezó a no ensuciarse de día ni de noche. Después de tres meses de entrenamiento, el colon todavía era palpable a través del abdomen, pero no estaba cargado como antes. El esfínter anal estaba firmemente cerrado, como en los niños normales. La mejora en otros aspectos de su conducta continuó lentamente y le dieron de alta tres meses después de terminado el entrenamiento intestinal, un año después de su primer ingreso. Al cabo de tres meses de su regreso a casa no se ha producido ninguna recaída en sus hábitos intestinales ni en su conducta general (fig. 3).

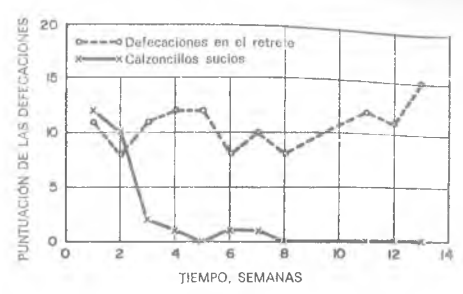


FIGURA 3.

Comentario

Tanto la madre como el niño tenían problemas intestinales. Es posible que la transmisión fuera genética, pero muy probablemente fue el exceso de ansiedad de la madre ante el uso del orinal por parte del niño lo que llevó a la perturbación de la situación de entrenamiento. La utilización juiciosa de laxantes suaves en los primeros años podría haber evitado la encopresis, pero más tarde el niño se negaba a entrar en el cuarto de baño como una forma de imponer su voluntad a su madre, con la que estaba en conflicto permanente. El traslado al hospital creó una nueva situación, interrumpiendo bruscamente el conflicto con su madre y proporcionando unas figuras autoritarias alternativas, más capaces de evitar el conflicto. En este ambiente, la encopresis no cesó espontáneamente, pero mejoró rápidamente cuando empezó el programa de entrenamiento. En el momento de su regreso a casa, la situación en conjunto había mejorado considerablemente: la ansiedad de la madre había disminuido hasta tal punto que ya no podía volver a empezar todo el círculo vicioso.

Caso 4. W. S., edad: 10 9/12, W.I.S.C., CI: 108

Cuando era muy pequeño necesitaba tomar cada semana magnesia para el estreñimiento, pero no hubo batallas a propósito del orinal, y, a los dos años de edad, iba limpio y seco. La encopresis empezó a los siete años y medio, con incontinencia diaria de unas heces consistentes, con las que el niño jugaba mucho, depositándolas en diferentes partes de la casa, a veces envueltas en papel, y embadurnando con ellas las paredes y los muebles. Pasaba largos períodos en el retrete sin conseguir defecar. Con toda libertad se metía los dedos en el recto para sacar heces con las que embadurnar la pared y para ayudar a la defecación. Era un niño tranquilo y muy bueno, que sentía la necesidad compulsiva de renegar, pero la frenaba limitándose a las iniciales de las palabras malsonantes: J..., M..., M..., C...

Empezó a acudir al dispensario en mayo de 1960 y pasó por cincuenta sesiones de psicoterapia. Simultáneamente, su madre veía a P.S.W. La encopresis, el embadurnamiento y el lenguaje malsonante continuaron, pero además ahora era abiertamente rebelde y desobedecía a sus padres.

Ingresó en el hospital, y seis meses más tarde todo seguía igual. Cuando se le exploraba, se encontraban el colon y el recto endurecidos por las heces. Después de una purga inicial a base de supositorios «Dulcolaxo», se instituyó el programa de entrenamiento. No hubo ninguna mejora duradera. A continuación, una serie de lavados rectales seguidos de neostigmina no han dado ningún resultado. Es muy difícil conseguir que este niño hable de su enfermedad, pero ha dicho que por las noches tiene los dedos metidos en el recto durante períodos largos porque le gusta la sensación (fig. 4).

Comentario

Este caso representa un fracaso del enfoque psicoterapéutico y del método ortodoxo médico de la purga. El

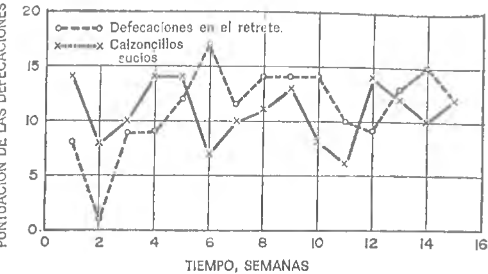


FIGURA 4.

método de entrenamiento operante fracasó. Sin embargo, teóricamente, el análisis de S-R podría haberse llevado más lejos, aunque, por razones prácticas, el autor no pudo hacerlo. Parece ser que, en este caso, algún estímulo conectado con el recto distendido era una fuente de gratificación considerable, superior a la recompensa que nosotros podíamos ofrecerle por vaciar el recto. Nunca supimos cuál era el estímulo significativo, ni cuál exactamente la gratificación a que daba lugar. Si lo hubiéramos sabido, habría sido posible vincular el estímulo con una respuesta desagradable, u ofrecer una gratificación alternativa, socialmente aceptable. En términos generales, parece ser que este niño encontraba placer en las heces, y podría haberse creado una reacción de aversión a las heces, reales o imaginarias, en una variedad de contextos.

COMENTARIO

Los cuatro pacientes ingresados constituyen una serie pequeña para hacer un informe, pero su importancia

estriba, en parte, en que se los consideró suficientemente perturbados por otras razones, aparte de la encopresis, como para merecer el ingreso en una unidad psiquiátrica infantil. Probablemente ninguno de ellos podría haber sido tratado en su casa, pero, por otra parte, el ingreso en el ambiente terapéutico del hospital y la psicoterapia individual, por sí solos, no habrían curado la encopresis.

Al interpretar la forma de las gráficas presentadas aquí hay que tener en cuenta las imperfecciones técnicas del método de puntuación. En la curva de defecaciones producidas fuera del retrete, lo que en realidad se puntúa es el número de veces en que se vio que los calzoncillos o el pijama estaban sucios. La puntuación máxima es de diez puntos al día porque sólo se inspeccionaba cuatro veces la ropa de día y una vez de noche. El caso 3, con un goteo constante de heces, puntuó más alto que el caso 2, que hacía unas deposiciones grandes y consistentes, aunque ambos eran igualmente encopréticos al principio del entrenamiento. A medida que mejoraba el caso 3, el esfínter recuperó su aptitud y cesó el goteo. Esto queda reflejado en un pronto y brusco descenso de la curva. Sin embargo, después de las primeras semanas, ningún niño manifestaba su incontinencia con heces consistentes y de tamaño regular, sino sólo con pequeñas cantidades. En el caso 1, las huellas fecales que dejaba eran tan ligeras que no se sabía si había sido incontinente o meramente descuidado al limpiarse después de la acción intestinal. Sin embargo, se marcaba un punto cada vez que se encontraban los calzoncillos sucios.

En el caso de las defecaciones en el retrete, hay un máximo al principio del tratamiento, seguido de un descenso. Esto puede inducir a error. Al principio del tratamiento, estos niños hacían frecuentes deposiciones de heces pequeñas y consistentes. Más adelante, las deposiciones se hacían menos frecuentes, pero las heces eran mayores. Esto último se aproxima más a la normalidad, pero el tamaño de las heces no podía representarse adecuadamente con el método de puntuación elegido. Probablemente, este cambio en el tamaño y la frecuencia de la

acción intestinal supone una recuperación del tono y la coordinación de la actividad del colon que no está bajo control voluntario, a consecuencia de la acción correcta del esfínter anal, que sí está bajo control voluntario. En un niño, cuando se interrumpió la medicación a base de Isogel, se redujo el material fecal total de las deposiciones. En la época del primer seguimiento, aproximadamente cuatro meses después del comienzo del tratamiento y uno o dos meses después de la continencia clínica, se observó que ninguno de los tres niños continentes era normal, si se considera que el criterio de normalidad es un recto vacío.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, las puntuaciones daban una curva exponencial que, por una parte, representaba el aprendizaje de la ejecución de un acto en una situación concreta y, por otra, la progresiva desaparición de una respuesta aprendida de ejecución en otra situación; además, esta respuesta está relacionada con varios factores diferentes, todos ellos afectados por la desaparición progresiva de las respuestas aprendidas.

Para obtener unas curvas de aprendizaje susceptibles de una interpretación exacta y rigurosa de acuerdo con la teoría del aprendizaje se requerirían numerosas mediciones fisiológicas muy detalladas de cada niño en orden a averiguar exactamente qué respuestas fisiológicas estaban contribuyendo a la puntuación clínica final de calzoncillos sucios o defecaciones «normales».

Si se hubiera intentado investigar esto, la incomodidad causada a los niños habría sido tal, que habría dificultado el programa de entrenamiento.

En los tres casos en los que se logró el éxito, se postulaba que se había creado una reacción aversiva a la defecación voluntaria debido a experiencias anteriores. En el caso 1, es posible que el factor desencadenante fueran las características incómodas y desagradables del retrete. En el caso 2, el castigo violento tras los primeros actos de incontinencia, y en el caso 3, el estreñimiento crónico con la experiencia frecuente del dolor durante la

defecación de masas fecales duras probablemente desencadenaron el proceso.

Las reacciones aversivas tienden a disminuir a no ser que se vean reforzadas de forma persistente (Eysenck, 1963). Si un niño es castigado por un acto de defecación, la experiencia tiende a generalizarse a todos los actos de defecación, a no ser que entren en juego otros factores para producir una situación en la que pueda aprenderse una discriminación. En los presentes casos, se llegó a una situación en la que eran castigados todos los actos de defecación, porque los niños siempre defecaban donde no debían. En el caso 1, sabemos que la defecación fue castigada repetidas veces y que, en cuanto se daban cuenta de que el niño olía mal, lo castigaban obligándole a pasar un largo período sentado en un orinal, en un momento en que debía de tener el recto vacío. La consecuencia de vaciar el recto era el castigo, cuando debería haber sido una madre (o una sustituta de la madre) ostensiblemente satisfecha.

En el caso 2, después de las defecaciones se pegaba violentamente al niño, y la madre nunca felicitaba ni recompensaba al niño por sus defecaciones en el retrete. No es extraño que fallara la discriminación y que el niño se convirtiera en un estreñido.

La madre normal que entrena a su hijo manifiesta satisfacción cuando éste utiliza el orinal. En el caso 3, la ansiedad de la madre respecto a las heces probablemente le había impedido sentir o expresar esta satisfacción. El niño había sido sometido a muchos manejos desagradables relacionados con su recto y recordaba la defecación como algo doloroso y temible. Además, negarse a ir al retrete se convirtió en una conducta satisfactoria porque molestaba y alarmaba a su madre.

En todos los casos, antes del ingreso en el hospital se mantuvieron las circunstancias que reforzaban la reacción aversiva. Después del ingreso, cesó en gran medida el reforzamiento. Durante el período de tratamiento, se tuvo buen cuidado en evitar asociar la defecación con sensaciones dolorosas o desagradables. Simultáneamente,

durante el período de tratamiento, se llevó a cabo un entrenamiento para lograr la discriminación a base de recompensar la defecación en el lugar adecuado, pero no la que se producía en un lugar inadecuado. Una vez iniciado este proceso, tendía a ser autorreforzante, porque los niños podían apreciar el significado de su éxito.

Hay un considerable grado de acuerdo entre autores de diferentes puntos de vista en que el aprendizaje es un factor esencial en el desarrollo de la continencia fecal normal. Por ejemplo, Anthony (1957) presta mucha atención a las señales que hace el niño a la madre y la madre al niño, pero llega a la conclusión de que el tipo discontinuo de encoprético, al que pertenecen los cuatro casos mencionados aquí, necesita una psicoterapia prolongada, lo cual difiere de la experiencia de que damos cuenta aquí. Pinkerton (1958) describe los mismos factores que estaban presentes en los casos descritos aquí, pero cae en una falsa dicotomía cuando afirma que el tratamiento estaba «encaminado en primer lugar a convencer a los padres de que lo que antes habían considerado un trastorno físico de hecho tenía origen emocional». Atribuye su éxito a la desinhibición de los impulsos agresivos que estaban expresándose simbólicamente mediante la defecación, pero quizás el éxito se debiera igualmente a que había explicado a los padres los factores que intervenían en el entrenamiento, de los cuales él era plenamente consciente, y su terapia por el juego, en realidad, era una variante del método de inhibición recíproca de la ansiedad mediante la conducta autoasertiva.

Ceokin y Gairdner (1960), que trataron con éxito a niños aquejados de estreñimiento e incontinencia con laxantés, caen en la misma dicotomía falsa. Postulaban una inercia básica del colon, aunque de momento no hay pruebas que apoyen esta afirmación, pero no daban ninguna razón que explicara por qué el uso de laxantes daba lugar a acciones intestinales normales después de haber cesado la administración de estos laxantes. Se ha sugerido que el uso de laxantes, junto con los consejos dados a los padres y al niño al recetar los laxantes, creaba las

condiciones necesarias para la desaparición progresiva de la reacción aversiva y para el aprendizaje del nuevo patrón de acción intestinal. La experiencia del presente autor en el tratamiento eficaz de la encopresis en adolescentes con laxantes en una clínica de medicina general es coherente con esta explicación. La tesis de que el niño, sus padres y sus consejeros médicos deberían tolerar esta clase de síntoma tan desagradable (Winnicot, 1953) en aras de la salud mental global del niño es muy difícil de defender cuando pueden aplicarse medidas relativamente simples, con una base teórica sólida. Por último, no hay ninguna razón por la cual un psiquiatra no deba recetar un laxante para ayudar a su terapia de la conducta, ni un pediatra tiene por qué prescindir de dar consejos sobre el entrenamiento basado en la teoría del aprendizaje para completar la acción de sus píldoras.

Agradecimiento. La parte más importante del tratamiento de estos niños corrió a cargo de las enfermeras de la unidad infantil del Maudsley Hospital. No habría sido posible sin el constante esfuerzo y entusiasmo y sin el registro cuidadoso del encargado de enfermeras, Mr. I. Dimmick, R.M.N., S.R.N., y su delegada, Mrs. V. Verrell, R.M.N. También debo dar las gracias al doctor K. Cameron, médico encargado del departamento infantil del Maudsley Hospital, por su permiso para estudiar a los niños que se encontraban a su cargo y para informar sobre ellos. También deseo agradecer al doctor S. Rachman, del Institute of Psychiatry, sus sugerencias sobre los aspectos psicológicos de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, A. (1957) An experimental approach to the psychopathology of childhood: Encopresis. *Brit. J. med. Psychol.*, *30*, 146-175.

Coekin, M. y Gairdner, D. (1960) Faecal Incontinence in Children: The physical factor. *Brit. med. J.*, *2*, 1175-1180.

Eysenck, H. J. (1963) Behaviour therapy, extinction and relapse in neurosis. *Brit. J. Psychiat., 109,* 12-18.

Ferster, C. B. (1958) Reinforcement and punishment in the control of human behaviour by social agencies. *Psychiat. Res. Rep., 10,* 101-118.

Gaston, E. A. (1948) The physiology of faecal continence. *Surg. Gynec. Obstet., 87,* 280-290 y 669-678.

Goligher, J. C. y Hughes, E. S. R. (1951) Sensibility of the rectum and colon. Its role in the mechanism of anal continence. *Lancet, 1,* 543-548.

Gwynne-Jones, H. (1960) Learning and abnormal behaviour, en *Handbook of Abnormal Psychology* (Ed. H. J. Eysenck). Pitman, London.

Keele, C. A. y Neil, E. (1961) Samson Wright's *Applied Physiology.* 3rd Edn. London.

Mowrer, O. H. y Mowrer, W. (1938) Enuresis a method for its study and treatment. *Amer J. Orthopsychiat., 8,* 436-459.

Pinkerton, P. (1958) Psychogenic megacolon in children: The implications of bowel negativism. *Arch. Dis. Childh., 33,* 371-380.

Skinner, B. F. (1959) *Cumulative Record.* Appleton-Centry-Crofts, New York.

Winnicot, D. W. (1953) Symptom tolerance in paediatrics. *Proc. roy. Soc. Med., 46,* 675-684.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Stanford University Press, Stanford.



ÍNDICE

CONTROL DE LAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD

CONTROL DE OTRAS RESPUESTAS DESADAPTADAS

Títulos publicados en esta colección

DESVIACIONES DE LA CONDUCTA SEXUAL
John Bancroft

INTRODUCCIÓN EVOLUCIONISTA A LA PSICOLOGÍA
A. R. Luria

MODIFICACIONES DE CONDUCTA EN LA INFANCIA
Vol. 1. Problemas menores de la conducta infantil
Beatrice A. Ashen y Ernest G. Poser

¿CHOMSKY O SKINNER? LA GÉNESIS DEL LENGUAJE
Bayés, Chomsky, MacCorquodale, Premack, Richelle

ENSEÑANZA ESPECIAL PREESCOLAR
Carl Bereiter, Siegfried Engelmann

SENSACIÓN Y PERCEPCIÓN
A. R. Luria

Otros títulos afines

INICIACIÓN AL ANÁLISIS Y TERAPÉUTICA DE LA CONDUCTA
(Texto programado) (2.ª edición)
Robert P. Liberman

TÉCNICAS DE REFORZAMIENTO CON FICHAS
H. M. Walker y N. K. Buckley

PSICOLOGÍA EVOLUTIVA. Herencia, ambiente, comportamiento
Selección de Scientific American

LOS PROCESOS DE HUMANIZACIÓN
Autores varios

TERAPÉUTICA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA
A. M. Graziano